



CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

Abrir Espaço à Saúde Mental – Estudo piloto sobre conhecimentos, estigma e necessidades relativas a questões de saúde mental, junto de alunos do 7º ano de escolaridade

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Inês Dias Ferreira Lima Silva

Porto, Julho de 2012



CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

Abrir Espaço à Saúde Mental – Estudo piloto sobre conhecimentos, estigma e necessidades relativas a questões de saúde mental, junto de alunos do 7º ano de escolaridade

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Inês Dias Ferreira Lima Silva

Trabalho efectuado sob a orientação de

Doutora Luísa Campos

Porto, Julho de 2012

Aos meus pais e irmão.

“You never know how strong you are until being strong is your only choice”
(Anónimo)

Agradecimentos

À professora Luísa Campos, por me ter “apresentado à psicologia da saúde e à promoção da saúde mental” de um modo entusiasta e único. Por me permitir voar ao mesmo tempo que me deu segurança. Por me ajudar a compreender a importância da organização e gestão de tempo e prioridades. Pela forma singular como conduziu o processo de orientação e me mostrou como é possível vencer batalhas.

A todos os elementos da equipa do projecto “Abrir Espaço à Saúde Mental”, em particular à Professora Elisa Veiga e ao Professor Pedro Dias pelo apoio. À Ana Isabel pela disponibilidade, força e colaboração em todos os momentos. À Miriam e ao Júlio, pelo companheirismo.

A todos os Professores e Professoras da FEP UCP que contribuíram para que o meu percurso universitário fosse tão rico. À Universidade Católica Portuguesa, particularmente à FEP UCP, pela qualidade de ensino e pelas múltiplas oportunidades de aprendizagem, para lá do domínio profissional.

A quem dedico esta dissertação: aos meus pais, por me educarem na medida certa, por me proporcionarem tudo o que sou e tenho, hoje, por me apoiarem em todos os momentos e por, realmente, acreditarem em mim. Sem vocês, não seria possível; ao meu irmão, pela “peste” que é, pelo orgulho que tem em mim, e por me “aturar” e me perdoar em momentos mais difíceis.

À minha família: aos meus avós, aos quatro, pelos mimos, pelo acompanhamento, pelas oportunidades; aos meus tios e tias, pelos ensejos e pelo valor que me dão; ao meu padrinho pelo carinho, força e motivação; à minha madrinha, pelo amor, pelas palavras, pela força, e por tantas vezes me enxugar as lágrimas; ao meu afilhado, por compreender as minhas ausências; aos primos, pelas gargalhadas; ao meu primo Manuel, que me mostrou o valor da vida; à minha prima, pela ajuda e apoio, pelos momentos únicos de “criança” e de família.

Aos meus amigos: à Nana, por ser a “minha miga mais miga”, pela sua ternura e tranquilidade, por ser um porto de abrigo; à Rita, pelas “macaquices”, pelos jantares, pelas palavras de apoio e carinho sempre prontas; ao Correia e ao Gasosa, pelos momentos únicos de amigos e pelos “empurrões para a vida”; à Tia Linda, pelas doçuras e conforto dos abraços; a todos, muito obrigada por compreenderem a minha “distância” e falta de tempo, ao longo destes cinco anos.

À “Di”, minha irmã “adoptada” pelos “dias belos”, pelos refúgios, pelo apoio, pelas aprendizagens, por ser uma amiga, de verdade. Por “telepatizar” com frequência... Por deslocarmos cometas... Por tudo e tudo e tudo...

Aos amigos que “ganhei” neste percurso: à Margarida, pelas noitadas e “viagens loucas”; à Maria, à Ritinha, à Sugar, à Raquel Araújo, ao Diogo e à Catarina Figueiredo, pelo contributo de cada um, em momentos particulares; e à Dó, por me mostrar que a “música” também é amizade.

Resumo

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2010), saúde mental poderá ser definida como “Um estado de bem-estar em que o indivíduo percebe a sua própria capacidade, pode lidar com o *stress* normal da vida, pode trabalhar de forma produtiva, e é capaz de trazer uma contribuição para a sua comunidade.”

Considera-se que, ao longo do ciclo de vida, todos os indivíduos irão vivenciar, directa ou indirectamente, alterações ao nível da saúde mental, as quais poderão ser designadas de *problemas de saúde mental*. Por sua vez, estes, quando dispostos em grau, intensidade e impacto significativos, poderão dar origem ao diagnóstico de uma perturbação mental específica (Rethink, 2008). Dados de 2006, demonstram que 1 em cada 5 adolescentes poderão desenvolver uma perturbação mental (OMS, 2001^a). Neste sentido, desenvolver acções pró-saúde mental, junto dos jovens, denota-se como uma acção necessária e urgente.

As acções de promoção de saúde mental têm vindo a verificar-se eficazes quando são utilizados os pilares da intervenção baseados na *mental health literacy* e estigma (Wyn, Cahill, Holdsworth, Rowling & Carson, 2000; Rickwood, Cavanagh, Curtis & Sakrouge, 2004; Campos, Costa & Palha, 2010).

O presente estudo integra o projecto “Abrir Espaço à Saúde Mental”, que terá a duração de três anos, sendo que esta dissertação apenas compreende a fase inicial (1º ano).

O objectivo geral desta investigação é explorar os conhecimentos, o estigma e as necessidades que adolescentes de 7º ano apresentam relativamente a questões de saúde mental, bem como compreender a importância e a tipologia de acções em torno desta temática.

De modo a atingir estes objectivos, foi realizado um *focus group*, com recurso a um guião previamente construído e recolhidos dados sociodemográficos, junto de oito jovens. Os discursos dos jovens foram analisados seguindo-se os princípios da “*Análise de Conteúdo*”, possibilitando a construção de um sistema de categorias.

De um modo geral, os resultados obtidos demonstram que os jovens que participaram no presente estudo apresentavam baixos níveis de *mental health literacy*, bem como indicadores de preconceitos, estereótipos e comportamentos discriminatórios associados à perturbação mental. Ao nível da relevância das acções, os jovens demonstraram-se interessados na sua participação, referindo a sua pertinência baseada na probabilidade de eles mesmos serem potenciais recursos de ajuda a pessoas com perturbação mental.

Abstract

According to the World Health Organization (2010), mental health presents itself as "a state of well-being in which the individual realizes his or her own ability, can cope with the normal stresses of life, can work productively, and is able to bring a contribution to their community."

It is considered that, throughout the life cycle, all individuals will experience, directly or indirectly, changes to mental health, which may be designated mental health problems. In turn, these, when arranged in grade, significant impact, intensity and may give rise to the diagnosis of a mental disorder specific (Rethink, 2008). At 2006, resources show that 1 in 5 adolescents can develop a mental disorder (OMS, 2010^a). In this sense, developing actions to promote mental health, among young people, denotes itself as a necessary and urgent action.

The promotion of mental health, has been checking to be effective when they are used the pillars of mental health literacy-based intervention and stigma (Wyn, Cahill, Holdsworth, Rowling Carson, 2000; Rickwood, Cavanagh, Curtis Sakrouge, 2004; Fields, straw, 2010).

This study is part of the project "Finding Space to Mental Health", which will run for two years, being that this dissertation only understands the pilot phase of this study.

The general objective of this research is to explore the knowledge and the stigma with a group of young people from the 7th grade, as well as to gather information on the relevance and the configuration of the actions to promote mental health, targeted at young people.

In order to achieve these objectives, a focus group was held, using a script previously constructed and applied a demographic questionnaire, along eight young. Will be a qualitative oriented data analysis, starting from the references of the young, and based on *Content Analysis*.

Overall, the results show low levels of mental health literacy and performed some prejudice, stereotypes and discrimination behaviors. At the level of actions, young people have shown interest in participating, referring to their relevance based on the probability of potential resources themselves to help the people with mental disorder.

Índice

Introdução	1
I. Enquadramento Teórico	2
1. Da Saúde à Perturbação Mental	2
2. Promoção de Saúde Mental	5
3. Estigma: Um desafio à promoção da saúde mental	6
4. <i>Mental Health Literacy</i> : Um avanço para o (re)conhecimento da saúde mental .	9
5. Intervenções centradas na <i>mental health literacy</i> : Estado de Arte Internacional e Nacional	13
II. Estudo Empírico	20
6. Metodologia	20
6.1. Objectivos Específicos	21
6.2. Questões de Investigação	21
6.3. Participantes	22
6.4. Instrumentos	23
6.5. Procedimentos	25
6.5.1. Procedimentos de Recolha de Dados	25
6.5.2. Procedimentos de Análise de Dados	26
III. Resultados	28
IV. Análise e Discussão de Resultados	34
Referências Bibliográficas	48
Anexos	1

Índice de Anexos

Anexo 1: Consentimento Informado dos Encarregados de Educação

Anexo 2: Questionário Sociodemográfico

Anexo 3: Consentimento Informado dos Alunos

Anexo 4: Grelha de Monitorização do *Focus Group* Piloto

Anexo 5: Guião do *Focus Group*

Anexo 6: Pedido de Autorização MIME

Anexo7: Grelha de Monitorização do *Focus Group*

Anexo 8: Sistema de Categorias do *Focus Group*

Anexo 9: Árvore de Categorias

Siglas:

DGIEC - Direcção Geral de Inovação e Enriquecimento Curricular

CNPD - Comissão Nacional de Protecção de Dados

OMS – Organização Mundial de Saúde

UPA – Unidos Para Ajudar

Nota: Esta dissertação não foi escrita ao abrigo do novo Acordo Ortográfico.

Introdução

A abordagem a questões de saúde mental, torna-se num elemento cada vez mais essencial, na sociedade actual, dada a crescente prevalência das perturbações mentais, a nível global (Rethink, 2008), bem como nos jovens (OMS, 2001^a). Assim, esclarecer, diferenciar, conhecer, reconhecer, prevenir problemas e promover a saúde mental são metas a serem consideradas no âmbito da actuação de profissionais e da sociedade em geral.

Atentando a estes dados, o presente trabalho surge no contexto de investigação do projecto “Abrir Espaço à Saúde Mental”, que possui como objectivo geral a promoção de saúde mental junto de jovens. Ambos os trabalhos partem de dois conceitos centrais: *mental health literacy*, proposta por Jorm (1997) e o conceito de estigma definido por Corrigan (2002).

A exploração dos conhecimentos relativos a questões de saúde mental e ao estigma associado a perturbações mentais num grupo de jovens de 7^o ano de escolaridade, bem como recolher informação sobre a pertinência e a configuração das acções de promoção de saúde mental, dirigidas a jovens, apresenta-se como objectivo geral da presente dissertação.

Deste modo, a organização da presente dissertação encontra-se estruturada em quatro grandes partes: (I) Enquadramento Teórico, onde se inclui a caracterização dos conceitos de saúde e doença mental, promoção de saúde mental, estigma, abordando as suas componentes de cada uma e *mental health literacy*; (II) Estudo Empírico, onde será descrita a metodologia, de acordo com o objectivo geral, objectivos específicos, questões de investigação, participantes, instrumentos utilizados e procedimentos de recolha e análise de dados; (III) Resultados, capítulo em que serão descritos os principais dados obtidos e (IV) Análise e Discussão de dados, onde serão discutidas as questões de investigação delineadas, indicadas as limitações do estudo e propostas para investigação futura.

I. Enquadramento Teórico

A contextualização teórica do projecto “Abrir Espaço à Saúde Mental – Estudo piloto sobre conhecimentos, estigma e necessidades relativas a questões de saúde mental, junto de alunos do 7º ano de escolaridade” apresenta uma abordagem em torno dos conhecimentos e estigma sobre saúde mental. Nesta parte do trabalho serão abordadas questões relativas à saúde mental e promoção da mesma, o conceito de *mental health literacy*, estigma e programas que têm por base todas estas concepções, aplicados em contexto escolar, cujo público-alvo são os adolescentes.

1. Da Saúde à Perturbação Mental

As primeiras referências ao conceito de saúde mental compreendiam-na como ausência de perturbação (Moreira & Melo, 2005). O conceito evoluiu, sendo actualmente visto num *continuum* compreendido entre a saúde e perturbação (OMS, 2004).

A saúde mental é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010) como uma condição mental que permite ao indivíduo um funcionamento completo, possibilitando-o compreender a sua capacidade para lidar com o *stress* normal da vida, trabalhar de forma produtiva e contribuir positivamente para a comunidade em que se insere. Uma vez reunidas todas as condições apresentadas, o indivíduo atinge o seu bem-estar, não significando isto ausência de perturbação. Através desta premissa poderá compreender-se que, a saúde mental deverá ser “olhada” num *continuum* (OMS, 2001^a).

A perturbação mental define-se como uma condição que afecta o sistema cognitivo, emocional e comportamental do indivíduo (Manderscheid, Ryff, Freeman, McKnight-Eily, Dhingra & Strine, 2010; APA, 2006). Provoca, assim, alterações no pensamento, nas emoções, no funcionamento psicossocial, resultando de factores de ordem biológica e/ou, psicológica e/ou social (OMS, 2001^b). Nesta linha de pensamento, a literatura aponta para que, a influência negativa das alterações que ocorrem nas diferentes áreas da vida dos indivíduos, e que provocam mal-estar, poderão designar-se por *problemas de saúde mental*, diferenciando-se das perturbações mentais pelo grau, severidade e impacto do mal-estar que será superior na perturbação mental (Rethink, 2008).

No seguimento do anteriormente referido, importa abordar os diferentes factores que poderão condicionar a saúde mental dos indivíduos.

De um modo geral existem vários factores de risco, de ordem biológica (e.g., hereditariedade; complicações pré e perinatais; doenças neurológicas; doenças ao nível do sistema endócrino; saúde física), de ordem social/contextual (e.g., separação parental; divórcio; perdas significativas – pessoas, animais ou objectos; relação conjugal desajustada; isolamento social; acontecimentos de vida inesperados; guerra; desastres naturais; violência; ausência de habitação; relações sociais pobres; nível socioeconómico baixo; criminalidade parental;) e de ordem psicológica (e.g., vinculação insegura; estilos parentais negligentes, permissivos e autoritários; capacidade de resiliência reduzida; baixos níveis de auto-estima; baixos níveis de auto-eficácia; stress; baixos níveis de sociabilidade) que podem condicionar negativamente o normal desenvolvimento dos indivíduos e/ou a manutenção do seu bem-estar (Moreira & Melo, 2005; Carr, 1999; Carr & McNulty, 2006; Halpern & Figueiras, 2004). Saliente-se ainda que, a interacção entre diferentes factores condicionam o estado de saúde dos indivíduos, verificando-se que, quando estas ocorrem mutuamente e se intensificam, transformam os estilos de vida e o próprio bem-estar de cada indivíduo, ao longo do tempo (Herrman, Saxena & Moodie, 2005).

Poderão ser enunciados alguns exemplos de interacção de diferentes factores de risco. Por exemplo, para alguns autores, é clara a relação entre as doenças endócrinas e as perturbações de humor (OMS, 2004; Oliveira, Filho, Such & Mendonça, 2001). Neste caso denota-se uma relação de risco entre factores biológicos e psicológicos. Outro exemplo, que ilustra a relação entre os diferentes factores, centra-se nas consequências dos comportamentos de risco, como o consumo de substâncias. Neste caso, em idades mais jovens, estes comportamentos parecem decorrer de baixos níveis de auto-estima e auto-confiança. Por sua vez, na idade adulta, associam-se do mesmo modo a perturbações de humor (OMS, 2004; Moreira & Melo, 2005; Carr, 1999; Carr & McNulty, 2006).

Aos dados referidos associa-se uma outra preocupação: a prevalência das perturbações mentais.

Segundo o Relatório Mundial de Saúde, datado de 2001 (OMS, 2001^a), cerca de 450 milhões de pessoas, a nível mundial, sofrem de perturbações mentais. Estes números, representam uma prevalência significativa que, apontam para que, uma em cada quatro pessoas sofra de uma perturbação mental (OMS, 2001^b). Prevê-se que em 2020 cerca de 15% da população mundial terá uma perturbação mental

incapacitante, estando desde 2011, este valor nos 11% (Herrman et al., 2005; OMS, 2004). Do exposto, poderá concluir-se que, existe a probabilidade de qualquer indivíduo vir a contactar, directa ou indirectamente, com uma perturbação mental, em algum momento da sua vida.

No que diz respeito à adolescência, verifica-se, igualmente, o aumento da prevalência de perturbações mentais nesta etapa do desenvolvimento, sendo este dado um factor preocupante para o crescimento integral do ser humano (Herrman, Saxena, & Moodie 2005; Dixe, 2007).

Dados do Plano Nacional de Saúde Mental – Português (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2008) apontam para o seguinte facto: “(...) pelo menos 5 a 8% da população sofre de uma perturbação psiquiátrica de certa gravidade em cada ano” (p.7), porém, este plano não faz referência à prevalência de perturbações na adolescência. Contudo, Matos e Carvalhosa (2001), num estudo nacional, com 6903 alunos, com idades entre os 11 e 16 anos, concluíram que 80,7% dos jovens apresentavam sintomas psicológicos, entre os quais “(...) sentir-se deprimido, irritabilidade ou mau temperamento, nervosismo e dificuldade em adormecer”(p.8), sendo os participantes do género feminino os que apresentaram maior prevalência dos referidos sintomas.

Ao nível internacional, existem dados relevantes que podem funcionar como indicadores importantes. Por exemplo, um estudo realizado na população Italiana em 2009, por Frigeri, Rucci, Goodman, Ammaniti, Carlet, Cavolina, De Girolamo, Lenti, Lucarelli, Mani, Martinuzzi, Micali e Milone, conclui-se que a percentagem de prevalência de perturbações mentais, em adolescentes, era de 9.8%, sendo que desta, as perturbações mais prevalentes eram as de ansiedade (5.8%), de humor (3.8%), controlo dos impulsos (0,3%) e perturbações relacionadas com o consumo de substâncias (0,1%).

Acrescenta-se ainda que, ao nível das perturbações do comportamento alimentar, as estatísticas de ordem mundial, apresentam uma prevalência de 0,5% a 1%, na faixa etária entre os 13 e os 14 anos (Dixe, 2007).

Do exposto, e na sequência do anteriormente referido, é possível depreender-se a pertinência do desenvolvimento de intervenções centradas na promoção da saúde mental (OMS, 2004). Deste modo, os pontos seguintes abordarão questões relacionadas com a promoção de saúde mental, bem como os seus principais obstáculos: estigma e os baixos níveis de *mental health literacy*.

2. Promoção de Saúde Mental

Pela multiplicidade de factores que determinam a saúde mental (OMS, 2004; Moreira & Melo, 2005) e pela crescente prevalência das perturbações mentais, que influenciam o funcionamento das sociedades (Herrman, Saxena & Moodie, 2005; OMS, 2001^a; OMS, 2004), é consensual a necessidade de implementação de projectos que contribuam para a promoção da saúde mental (Herrman et al., 2005; Jané-Llopis & Anderson, 2006).

Há muito tempo que a promoção da saúde mental tem sido identificada como uma necessidade prioritária. A *Carta de Otawa*, um elemento importante na definição da promoção da saúde, em geral, foi estabelecida em Novembro de 1986, no Canadá. Este documento surgiu com o objectivo de salientar o papel da promoção da saúde no aumento da qualidade de vida, defendendo que todos os indivíduos deverão integrar este processo de capacitação. Nesta Carta, estão explicitados os seguintes princípios organizadores, para a intervenção na promoção da saúde: (1) construir políticas de saúde saudáveis – com isto evidencia-se que o recurso à saúde deverá existir para além da prestação de serviços, estendendo-se à identificação de obstáculos e definição de estratégias, para a sociedade, englobando as dimensões económicas e políticas; (2) criar ambientes favoráveis ao desenvolvimento de uma vida saudável – ou seja, desenvolver e reforçar estratégias para o aumento da qualidade da saúde pública e, por sua vez, de um estilo de vida saudável; (3) reforçar a acção comunitária – a intervenção deverá ser desenvolvida na comunidade, para a comunidade e com a comunidade, estabelecendo-se metas e estratégias aplicadas às suas características, orientando-se as acções para a resolução de problemas; (4) desenvolver competências pessoais – isto é, melhorar a informação e a educação existentes sobre estilos de vida saudável, reforçando-se as competências pessoais e sociais dos indivíduos; e (5) reorientar os serviços de saúde – nesta dimensão, será importante salientar-se o trabalho conjunto com os indivíduos, grupos comunitários, profissionais, organizações governamentais e sistemas de saúde, dando-se especial atenção à investigação (Heidmann, Almeida, Boehs, Wosny, Monticelli, 2006).

No avanço da investigação, vários são os estudos que apontam para a eficácia da promoção de conhecimentos, ao nível da saúde, com recurso a programas que apresentam como objectivos a redução de desigualdade no âmbito da saúde, com o compromisso e a colaboração de todos os indivíduos que compõem a comunidade

(Jané-Llopis, Barry, Hosman & Patel, 2005; Barry, Domitrovich, & Lara, 2005; Pollet, 2007).

Em 2004, a OMS, consensualmente à Carta de Ottawa, sugere a promoção de saúde mental enquanto estratégia que visa melhorar a qualidade de vida e, por consequência, o bem-estar dos indivíduos e da sociedade em geral, estando, por isto, intimamente ligada à saúde pública. Em consonância com esta reflexão, a promoção de saúde mental é uma acção relevante, sendo a transmissão de conhecimentos uma estratégia importante neste domínio, reduzindo factores de risco e melhorando os factores de protecção de saúde (Jané-Llopis, Barry, Hosman, & Patel, 2005; Pollet, 2007).

No âmbito específico da saúde mental, torna-se fundamental salientar a importância das abordagens direccionadas à promoção de saúde mental, com início em idades precoces (Herrman *et al*, 2005; Pollet, 2007). Diversas razões justificam a necessidade de se intervir precocemente neste âmbito: a) elevada prevalência das perturbações mentais na adolescência; b) os problemas de saúde mental, ainda que apenas tratados mais tarde, desenvolverem-se durante a juventude (Kelly, Jorm & Wright, 2007); e c) o facto do estigma associado a problemas de saúde mental parecer surgir a partir dos 5 anos de idade (European Commission & Portuguese Ministry of Health, 2010).

Neste sentido, torna-se fundamental abordar a questão do estigma associado à perturbação mental.

3. Estigma: Um desafio à promoção da saúde mental

O estigma tem sido considerado por diferentes autores como um dos principais obstáculos à promoção da saúde mental (Corrigan & Watson, 2002; Jorm, 2011; Health Scotland, 2008).

Segundo Corrigan e Watson (2002), o estigma é constituído por três componentes: estereótipos, preconceitos e discriminação. Os estereótipos consistem em crenças negativas dos indivíduos, face à pessoa com perturbação mental. O preconceito, revela-se nas respostas cognitivas e afectivas que grande parte dos indivíduos experiencia relativamente a um grupo de indivíduos estigmatizados. A discriminação traduz-se na resposta/reacção, normalmente, associada ao preconceito (Corrigan & Watson, 2002; Corrigan, 2003).

Estes três componentes, estão também implícitos, em dois tipos de estigma: estigma público e auto-estigma (Corrigan & Watson, 2002).

O *estigma público* consiste numa acção discriminatória face às pessoas com perturbação mental protagonizada pela população em geral. Muitas vezes, este tipo de estigma encontra-se associado ao estereótipo, enquanto crença negativa em torno de um grupo específico, baseado em noções como a perigosidade, falta de competência e fragilidade. Porém, também as dimensões preconceito e discriminação se verificam, apresentando-se sob forma de medo e raiva, no primeiro componente, e como evitamento, negação a um cargo de trabalho ou habitação, no segundo componente (Corrigan & Watson, 2002; Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan, & Kubiak, 2003).

Relativamente ao *auto-estigma*, este poderá observar-se nas acções tomadas face à perturbação mental, pela própria pessoa, através da internalização do *estigma público*. Neste tipo de estigma, o indivíduo internaliza o estereótipo através da aceitação de crenças sobre si mesmo, como a fragilidade e a incapacidade, no caso da componente do estereótipo, que determinam, por sua vez, a componente do preconceito, relacionado com a baixa auto-estima e baixo sentimento de auto-eficácia. A discriminação é efectuada no *auto-estigma* através de comportamentos como a desistência na procura de emprego ou casa, por exemplo (Corrigan & Watson, 2002; Corrigan et al., 2003).

Numa investigação centrada na percepção do estigma face à perturbação mental, realizado com 303 participantes adolescentes, com idades entre os 13 e os 17 anos, Corrigan, Lurrie, Goldman, Slopen, Medasani e Phelan (2005), apresentaram quatro vinhetas relativas a quatro situações distintas: consumo de álcool, perturbação mental, perturbação mental cujo factor precipitante seria a doença física - tumor cerebral e perturbação mental cujo factor precipitante seria a doença física - leucemia. Os autores verificaram que os adolescentes revelaram níveis superiores de estigma face à perturbação mental, comparativamente à doença física. Nos resultados desta investigação salientaram-se, também, a perigosidade e a culpa associadas à perturbação (Corrigan et al., 2005).

Num outro estudo, Angermeyer e Matschinger (2004) avaliaram as percepções estigmatizantes, comparando as diferenças de género, tendo verificado que os participantes do género feminino reagem com menos raiva, e tendem a reagir com piedade e medo face a pessoas com perturbação mental.

Palha, Guimarães, Castro-Henriques, Costa e Campos (2008) exploraram a opinião de 100 estudantes universitários sobre pessoas com perturbação mental. Os resultados mostraram que os participantes apresentavam valores elevados de

percepções estigmatizantes, salientando-se a perigosidade associada à esquizofrenia e alcoolismo.

Em 2008, Loureiro, Dias e Aragão analisaram o estigma a partir dos estereótipos centrados na perigosidade e na imprevisibilidade dos doentes, bem como na ausência de cura para a perturbação mental. Nesta investigação, referiram que, apesar da forte evolução das políticas de saúde e das suas preocupações com a desinstitucionalização e integração dos doentes na comunidade, o esclarecimento dos problemas de saúde mental ficaram aquém das necessidades. Neste estudo, os autores demonstraram que, apesar das pessoas apresentarem um maior conhecimento sobre as doenças mentais, sobretudo provocado pelo regresso progressivo dos doentes à comunidade, a conceptualização de que *os doentes são perigosos* e que *as doenças mentais são incuráveis* é ainda permanente no pensamento da sociedade global.

Do exposto, a compreensão do processo inerente à formação do estigma público torna-se pertinente.

Segundo os estudos desenvolvidos por Corrigan e colaboradores (2003) o estigma-público deverá ser compreendido à luz da teoria das atribuições¹, que procura descrever os processos de resposta dos indivíduos face a pessoas com perturbação mental. Nesta teoria, os autores supracitados procuram perceber as crenças, face à perturbação mental, através da relação entre os seguintes conceitos: atribuições causais (como controlabilidade e responsabilidade), familiaridade com a perturbação, perigosidade percebida, respostas emocionais (raiva, medo e pena) e comportamentos de ajuda e rejeição. Por conseguinte, a causa e a controlabilidade dos comportamentos são compreendidos enquanto resultados da responsabilidade do indivíduo. Nesta linha de pensamento, a teoria refere que, na hipótese de a causa ser considerada um factor controlável pelo indivíduo, este será visto como responsável pela sua condição. Neste caso, aceita-se que a causa advém de factores controláveis pelo indivíduo, levando a que haja um aumento de reacções emocionais negativas por parte da sociedade, tais como as acima supramencionadas (raiva, medo e pena). De modo inverso, no caso de se verificar que as origens do comportamento advém de factores externos ao indivíduo as reacções de comportamentos de ajuda aumentam (Corrigan *et al.*, 2003). A perigosidade é, por sua vez, um estereótipo que funciona

¹ Teoria Psicológica das Atribuições – Teoria desenvolvida por Heider (1958) que pressupõe que o indivíduo procura a compreensão do fenómeno e determina o motivo pelo qual se produzem determinados comportamentos. Após várias redefinições, a necessidade de compreender a causalidade dos fenómenos pressupõe, actualmente, as dimensões *locus* de causalidade (interna vs externa), estabilidade (estável vs instável), generalidade (global vs específica) e controlabilidade (controlável vs incontrolável) (Ogden, 2004).

como elemento potenciador da construção das respostas comportamentais negativas, tais como o afastamento social. Relativamente à familiaridade, é possível notar-se que este é outro factor que contribui para as diferentes reacções produzidas face à perturbação mental. Destaca-se pelos resultados de diversas investigações que, quanto maior a familiaridade com a perturbação mental menor é o estigma face à mesma (Angermeyer, Matschinger & Corrigan, 2004; Arvaniti, Samakouri, Kalamara, Bochtsou, Bikos, & Livaditis, 2008; Penn & Couture, 2002).

Esta relação inversa entre familiaridade e estigma-público face à perturbação mental (Angermeyer, Matschinger & Corrigan, 2004), conduz a uma reflexão sobre a importância de dotar os indivíduos de conhecimentos, para combater o estigma e promover uma vivência mais saudável com a perturbação mental (OMS, 2004; Herrman, Saxena, & Moodie 2005; Jané-Llopis & Anderson, 2006).

No entanto, torna-se fundamental compreender qual a melhor forma de “abrir espaço” para uma sociedade mais informada e com atitudes menos estigmatizantes face à perturbação mental. Vários são os autores que preconizam a promoção da saúde mental através da estratégia de transmissão de conhecimentos. Por sua vez, diversos estudos centram-se na promoção da *mental health literacy* (Jorm, 2011), enquanto capacidade para alcançar, compreender e fazer uso de informações sobre saúde e perturbação mental, de modo a promovê-la e mantê-la (Lauber, Nordt, Falcato & Rössler, 2003; Kelly, Jorm & Wright, 2007). Por conseguinte, o próximo ponto deste trabalho abordará as questões relativas à *mental health literacy*².

4. *Mental Health Literacy*: Um avanço para o (re)conhecimento da saúde mental

Segundo Jorm, Korten, Jacomb, Christensen, Rodgers e Pollitt (1997), *mental health literacy* consiste no “(...) conhecimento e crenças sobre doenças mentais, que ajudam o seu reconhecimento, a sua gestão e prevenção.” (p. 182), possuindo uma sobreposição com o conceito de estigma, nomeadamente ao nível das crenças/estereótipos³.

Estes conhecimentos e crenças, segundo Jorm (2011), são compostos pelas seguintes dimensões: “(a) a capacidade de reconhecer perturbações específicas ou

² *Mental Health Literacy* – “literacia em saúde mental”.

³ Importa salientar que embora o estigma e a *mental health literacy* sejam apresentados neste trabalho de forma autónoma, são conceitos cuja delimitação não poderá ser realizada visto que possuem importantes sobreposições, nomeadamente ao nível das crenças/estereótipos.

diferentes tipos de mal-estar psicológico; (b) o conhecimento e as crenças relativamente a factores de risco e causas; (c) o conhecimento e as crenças quanto a intervenções de auto-ajuda; (d) o conhecimento e as crenças em relação à ajuda profissional disponível; (e) as atitudes que facilitam o reconhecimento e a procura de ajuda; e, por último (f) o conhecimento relativo à obtenção de informação sobre saúde mental.” (p. 4).

O autor sugere que, o reconhecimento de perturbações mentais e do mal-estar psicológico torna-se pertinente, dadas as consequências graves que o atraso na procura do tratamento pode ter para a pessoa com perturbação mental. Neste âmbito, várias investigações apontam para o facto de que, quanto mais longo for o período de tempo em que o tratamento está ausente, menos eficazes tendem a ser os resultados da intervenção. Esta evidência é muitas vezes explícita pela condição do “não reconhecimento” da perturbação pelo próprio. Por sua vez, este “não reconhecimento” surge pela denominação (rotulagem) dos problemas de saúde mental através de expressões como “problemas da vida”, levando a que a procura de ajuda fique comprometida. Mas, o não reconhecimento encontra-se muitas vezes associado à idade precoce em que, na maior parte dos casos, se inicia o desenvolvimento das perturbações mentais, sendo ela a adolescência ou início da idade adulta. Nesta faixa etária, o não reconhecimento da perturbação mental encontra-se muitas vezes relacionado com atitudes negativas face ao tratamento (Jorm, 2011).

Retomando a dimensão da *mental health literacy*, explicitada no início deste ponto, torna-se fundamental abordar dados da investigação centrados na mesma. Assim, e no que diz respeito aos conhecimentos ao nível das estratégias de auto-ajuda, o autor salienta os dados da investigação que apontam para identificação de recursos como leitura de livros, busca de informação na internet, procura de ajuda junto de familiares e amigos, realização de actividade física, tomar vitaminas e analgésicos, entre outras, utilizadas comumente no combate ao mal-estar psicológico, desde idades jovens. Estas estratégias poderão, em alguns casos, funcionar de modo positivo, e quando combinadas com ajuda profissional poderão funcionar como factor potenciador da intervenção. Do mesmo modo que as estratégias de auto-ajuda podem ser importantes, também o conhecimento sobre ajuda profissional se assume fundamental. Neste domínio, as investigações demonstram uma atenção diferenciada ao nível do comportamento dos adolescentes, dado que os resultados apontam para que, muitas vezes, os jovens procuram ajuda dos pares, substituindo-a pela dos profissionais, tornando-se fundamental enfatizar que, embora a procura de ajuda dos pares seja um comportamento adequado em determinadas fases

da doença, poderá não ser efectivo ou adequado noutras (Jorm et al., 1997; Jorm, 2011).

De facto, o número de indivíduos que procura ajuda profissional, ao nível da saúde mental, é pouco significativo (CAMIMH, 2007). Este factor, associado aos dados da investigação que apontam para défices ao nível da *mental health literacy* (Kelly, Jorm & Wright, 2007) sustentam a importância da investigação e intervenção nesta área.

Num estudo com 1207 jovens Australianos (539 jovens do género masculino e 668 do género feminino), com idades entre os 12 e os 25 anos, Cotton, Wright, Harris, Jorm & McGorry (2006) procuraram explorar as diferenças entre géneros ao nível da *mental health literacy* sobre a perturbação depressiva e a perturbação psicótica, através da realização de entrevistas telefónicas. Nesta investigação, os autores aferiram que os níveis de *mental health literacy* eram baixos em ambos os géneros. Notaram, também, que existiam diferenças significativas nos resultados dos conhecimentos, principalmente, sobre a depressão, sendo estes mais elevados nos participantes do género feminino. Também Angermeyer e Matschinger (2004) e Burns e Rapee (2006) apresentaram resultados que demonstraram maior conhecimento, por parte dos jovens do género feminino, ao nível da depressão e esquizofrenia.

Olsson e Kennedy (2010), realizaram um estudo com 325 jovens, do ensino secundário e terceiro ciclo com o objectivo de avaliar o nível da *mental health literacy*. Para alcançar os objectivos utilizaram situações onde eram mostradas situações em que as personagens, adolescentes, experienciavam perturbação depressiva e perturbação de ansiedade, apresentando reacções comportamentais relacionadas com estas. Os autores verificaram que, em termos globais, os níveis de *mental health literacy* nesta amostra eram baixos, sendo que, 42,4% denominava a depressão como “problema de saúde mental ou doença”, não a associando ou descrevendo enquanto perturbação mental, 27,5% identificava características da perturbação de ansiedade. Neste estudo, foi, também, possível, compreender que os participantes que reconheciam as perturbações mentais ilustradas nas situações tendiam a revelar maior propensão na procura de ajuda.

Também Burns e Rapee (2006) avaliaram a *mental health literacy*, na Perturbação Depressiva, numa amostra de 202 participantes, numa faixa etária entre os 15 e os 17 anos. A metodologia utilizada nesta investigação compreendeu a aplicação de um questionário e cinco vinhetas, que ilustravam a presença ou ausência de depressão. Os resultados apontaram para um bom nível de *mental health literacy*

nesta amostra, salientando-se em particular resultados satisfatórios sobre a preocupação, identificação da necessidade de ajuda e recursos de resposta à mesma (terapeuta, família, amigos, pares e companheiros) relativamente às vinhetas que ilustravam a perturbação mental. Nesta investigação, os adolescentes apontaram como sintomas característicos das situações descritas fadiga/perda de energia, perturbações do sono (Insónia), perda de peso/redução do apetite, habilidades cognitivas diminuídas, diminuição do interesse nas actividades, humor depressivo (tristeza e choro fácil), sentimentos de inutilidade e ideação suicida.

Do exposto, contribuir para o colmatar da falta de conhecimentos sobre a saúde mental torna-se pertinente, dado que permite a identificação precoce de sinais de perturbação mental e poderá prevenir situações potenciadores da mesma (Kelly et al., 2007).

Conforme foi referido no ponto 1 deste enquadramento, a prevalência das perturbações mentais nos jovens é preocupante. Neste sentido, torna-se fundamental a implementação de intervenções que utilizam como público-alvo os adolescentes. As investigações sugerem que as intervenções, no domínio da *mental health literacy*, na adolescência, sejam realizadas através de programas que utilizem um modelo de promoção de saúde específico, como são exemplo as designadas *school based interventions*, pela sua adequabilidade ao espaço de aprendizagem (Kelly et al., 2007).

Em síntese, torna-se fundamental a implementação de intervenções que utilizam como público-alvo os adolescentes. Por um lado, as mudanças cognitivas que ocorrem na adolescência, nomeadamente ao nível do desenvolvimento do raciocínio hipotético-dedutivo (Papalia, Olds, Feldman, 2001), são um factor importante para o aumento da *mental health literacy*, visto que estas permitem uma plasticidade na modificação comportamental mais eficaz do que na idade adulta (Corrigan, Lurrie, Goldman, Slopen, Medasani e Phelan, 2005); por outro lado, as investigações sugerem que as intervenções, no domínio da *mental health literacy* na adolescência, sejam realizadas através de programas que utilizem um modelo de promoção de saúde específico, como são exemplo as designadas *school based interventions*, sendo a escola considerada um cenário ideal para este tipo de abordagens (Kelly et al., 2007).

No seguimento das últimas referências, no próximo ponto será realizada uma síntese relativa a algumas *school based interventions* desenvolvidas a nível internacional e nacional.

5. Intervenções centradas na *mental health literacy*: Estado de Arte Internacional e Nacional

Em contexto internacional têm sido desenvolvidos projectos que a literatura designa por *school based interventions*, ou seja, intervenções que possuem como objectivo a promoção da saúde mental em contexto escolar, tendo estas apresentado, na generalidade, resultados positivos ao nível do aumento da *mental health literacy* e da redução do estigma associado às perturbações mentais (Campos, Palha, Dias & Costa, 2012). Neste sentido, serão salientados programas desenvolvidos em países como a Austrália, os Estados Unidos da América, Reino Unido, Alemanha, Japão e Portugal.

O programa Australiano “*Mindmatters - Understanding Mental Illness*” (Wyn, Cahill, Holdsworth, Rowling & Carson, 2000), foi aplicado em 24 escolas secundárias, com a participação dos alunos e agentes educativos das instituições de ensino e teve como objectivos: facilitar a prática da promoção de saúde mental aos vários agentes do ambiente educativo escolar; desenvolver currículos que permitissem abranger as várias áreas de aprendizagem e a descoberta de recursos na área da saúde mental; fornecer “*guidelines*” específicas sobre saúde mental e prevenção do suicídio; e estimular a interacção entre os pais, as comunidades educativas e as entidades de apoio comunitário direccionadas para a saúde mental. A avaliação foi positiva, sendo realizada a partir de métodos qualitativos e quantitativos, através de questionários aplicados em momentos antes, durante e após a implementação do projecto. Os resultados reforçaram a ideia de que, a escola funciona como agente potenciador de mudança e que, quando criado um ambiente escolar favorável ao bem-estar dos jovens, este contexto poderá funcionar como elemento chave para garantir a saúde mental nos jovens (Wyn et al, 2000).

Com o objectivo de reduzir atitudes estigmatizantes, aumentar a *mental health literacy* e a procura de ajuda em situações de risco, foi desenvolvido o programa “*Mental Illness Education*” (Rickwood, Cavanagh, Curtis & Sakrouge, 2004), na Austrália. Este projecto foi implementado com a participação de 457 estudantes, com recurso a acções de sensibilização. A avaliação foi realizada através de questionários pré e pós intervenção aplicados aos participantes, sendo obtidos os seguintes resultados: aumento da *mental health literacy*, reconhecimento das doenças mentais,

melhorias ao nível das atitudes estigmatizantes e ao nível da identificação de procura de ajuda apropriada.

“*Beyondblue Schools Research Initiative*” (Spence, Burns, Boucher, Glover, Graetz, Kay, Patton & Sawyer, 2005) foi um programa implementado no sul de Austrália, que teve como objectivos o aumento da *mental health literacy* relativa à perturbação depressiva, aumento do bem-estar ao nível da comunidade educativa e promoção de competências que permitem a adaptação a esta problemática (Spence et al., 2005). Adolescentes, entre os 13 e os 16 anos, de 50 escolas secundárias fizeram parte deste estudo. De salientar que apenas 25 escolas usufruíram de intervenção, sendo que as outras 25 apenas funcionaram como grupo de controlo. A referida intervenção foi posta em prática através de quatro medidas: (1) implementação de fóruns na comunidade educativa; (2) integração das acções para aumento da *mental health literacy*, da perturbação depressiva, nos currículos educativos; (3) promoção de ambientes encorajadores de suporte; e (4) oferta de meios para alcançar informação adequada sobre a doença (Spence et al., 2005; Kelly, Jorm & Wright, 2007). Os resultados, alcançados através de três momentos de avaliação, apontam para a não existência de diferenças significativas entre os grupos e que, por isso, a intervenção não teve um impacto significativo. Os autores apontam limitações importantes, a considerar em futuras intervenções, como por exemplo, a dificuldade na implementação de projectos de “larga escala” e a dificuldade de envolver os jovens. Para que haja uma redução destes obstáculos, os autores, sugerem que a formação dos professores é uma prioridade e que o desenvolvimento das acções deverá ser construído e planeado ao longo de vários anos para que as abordagens sejam mais eficazes (Spence et al., 2005; Sawyer, Pfeiffer, Spence, Bond, Graetz, Kay, Patton & Sheffield, 2010).

Nos Estados Unidos, foi realizado o programa “*The Science of Mental Illness*” (Watson, Otey, Westbrook, Qardner, Lamb, Corrigan & Fenton, 2004), com uma população de 1500 alunos, entre o 6º e 8º anos, com o objectivo de aferir os conhecimentos e atitudes em torno da perturbação mental e medir o impacto de uma intervenção educativa sobre atitudes estigmatizantes. Este projecto foi aplicado em contexto de sala de aula, utilizando como recurso actividades baseadas em simulações, animações e vídeos. Os resultados obtidos, através de questionários pré e pós teste, apontam para que, apesar do limitado conhecimento dos alunos em torno das doenças mentais, as atitudes dos mesmos face às pessoas com perturbação mental não são tão negativas como o esperado. Foi possível concluir e inferir que os programas educacionais limitados no tempo são eficazes ao nível das atitudes face à

perturbação mental, aumento da procura de tratamento e do conhecimento face às perturbações mentais (Watson et al., 2004).

“*Crazy? So what!*” (Schulze, Richter-Werling, Matschinger, Angermeyer, 2003) foi um programa que decorreu na Alemanha, com a participação de 90 alunos de cinco escolas secundárias. Neste programa, pretendeu-se analisar quais os acontecimentos de vida que podem levar ao desenvolvimento de doenças mentais, bem como que permite aos indivíduos garantir o bem-estar e a felicidade. Neste projecto, os jovens contactavam com um jovem com esquizofrenia que discutia as suas experiências. Esta intervenção foi avaliada através de uma metodologia pré e pós teste, realizada com recurso a dois grupos de estudantes: um grupo de controlo e um grupo que foi alvo de intervenção. Os resultados demonstraram que o contacto com o jovem se verificou como uma estratégia eficaz. Os investigadores verificaram, também, o aumento dos conhecimentos em torno das perturbações mentais bem como maior tolerância/compreensão das pessoas com perturbação mental. Outro resultado relevante é referente ao interesse na participação, demonstrado pelos alunos, que parece aumentar quando a exposição à temática é realizada de modo contínuo (Schulze et al., 2003).

No Reino Unido o programa “*Mental Health Awareness in Action*” (Pinfold, Thornicroft, Huxley, Farmer & Graham, 2003), foi desenvolvido com os objectivos de melhorar o conhecimento sobre a perturbação mental e reduzir o estigma face à mesma, junto de um grupo de 472 alunos, com 14 e 15 anos de idade. Neste programa, foram realizadas duas sessões informativas, com duração de uma hora. Estas, foram dinamizadas por um profissional de saúde mental, tendo metade dos participantes tido oportunidade, na segunda sessão, de interagir com uma pessoa com perturbação mental. A avaliação desta acção seguiu duas metodologias, pré e pós teste e estudo *follow-up*. Este último foi realizado após uma semana e, num segundo momento, após seis meses. Os resultados revelaram reduções significativas ao nível das atitudes estigmatizantes e melhorias significativas ao nível do conhecimento sobre a perturbação mental. Os resultados mais expressivos foram alcançados no grupo em que a pessoa com perturbação mental esteve presente. Esta diferença foi percebida dado que, na avaliação *follow-up*, seis meses depois, os alunos que interagiram com uma pessoa com perturbação mental, mantiveram as melhorias nas atitudes estigmatizantes e o aumento dos conhecimentos (Pinfold et al., 2003).

Em síntese, os programas apresentados salientam indicadores positivos importantes ao nível das intervenções em contexto escolar, ao nível da promoção de

conhecimentos em torno da saúde mental, no combate ao estigma e, ainda, na motivação para a procura de ajuda profissional (Wyn et al, 2000; Pinfold et al., 2003; Schulze et al., 2003; Rickwood et al., 2004; Watson et al., 2004; Spence et al., 2005; Kelly, Jorm & Wright, 2007; Sawyer et al., 2010).

Em contexto nacional existem poucas intervenções sistematizadas centradas na promoção de conhecimentos sobre saúde mental e na redução do estigma associado às perturbações mentais.

No âmbito da promoção da saúde é relevante focar o projecto “Aventura Social na Comunidade” (<http://aventurasocial.com/oprojecto.php>), dado que esta equipa teve um contributo importante ao nível da percepção do perfil dos adolescentes portugueses, no que concerne aos sintomas físicos e psicológicos desta faixa da população nacional (Matos & Carvalhosa, 2001).

Também Loureiro (2011) tem desenvolvido acções ao nível das questões da saúde mental, direccionando as suas intervenções a idades jovens (entre os 15 e os 22 anos). Ao nível da investigação, o autor e os seus colaboradores encontram-se a desenvolver QuALiSMental - Questionário de Literacia em Saúde Mental – através da tradução, validação e adaptação do instrumento *Survey of Mental Health Literacy in Young People – Interview Version*, de Jorm (1997, cit in Loureiro, Pedreiro & Correia, 2012). Para a validação deste instrumento foi utilizada uma metodologia de *focus groups*, com objectivo de avaliar a compreensão e a duração de aplicação do instrumento. Os participantes foram 8 jovens. Os resultados apontaram para a duração de aproximadamente 38 minutos na realização do instrumento e para elevados níveis de compreensão da tarefa. Segundo os autores, este questionário “revela ser um instrumento promissor na caracterização da literacia em saúde mental dos adolescentes e jovens Portugueses” (Loureiro, Pedreiro & Correia, 2012, p.47).

Ao nível da intervenção, Loureiro (2011) apresenta uma abordagem centrada na promoção da saúde e prevenção da perturbação mental, com recurso ao meio interactivo internet. É objectivo do seu projecto criar um *site* para aumento dos níveis de *mental health literacy*, em alunos pertencentes a escolas que integrem a DREC⁴.

Mais recentemente e, também, em contexto nacional, surgiu o projecto “UPA FAZ A DIFERENÇA – Acções de Sensibilização Pró-Saúde Mental” (Campos, Costa & Palha, 2010). Este projecto, teve como objectivo contribuir para o aumento do conhecimento sobre problemas de saúde mental, estimulando a procura precoce de

⁴ Direcção Regional de Educação do Centro

ajuda e diminuindo atitudes estigmatizantes e discriminatórias e, ainda, sensibilizar para a necessidade de promoção de saúde mental. O público-alvo desta intervenção foram estudantes entre os 15 e os 18 anos (Campos, Costa & Palha, 2010).

A concretização do projecto “UPA FAZ A DIFERENÇA– Acções de Sensibilização Pró-Saúde Mental” compreendeu três fases: (1) Estudo Piloto - Levantamento de conhecimentos, mitos e crenças dos alunos em torno da saúde e perturbação mental; (2) Implementação de 2 sessões pró-saúde mental e (3) Avaliação da eficácia da intervenção.

Na primeira fase do projecto foi desenvolvido um estudo piloto. A primeira fase do estudo piloto consistiu na realização de dez *focus groups*, nos quais foram envolvidos 24 adolescentes (entre os 16 e os 18 anos) e 13 agentes educativos. Esta metodologia teve como objectivo realizar o levantamento da *mental health literacy*, das percepções estigmatizantes e das necessidades face a questões de saúde mental. Com os dados obtidos, os investigadores construíram o “Questionário UPA” para avaliação dos conhecimentos, percepções estigmatizantes e intenções comportamentais face à saúde mental, bem como a intervenção (acções de sensibilização pró-saúde mental). Os investigadores concluíram que a realização do *focus groups* foi uma metodologia importante para a construção do questionário e das acções (Campos, Costa & Palha, 2010; Campos, Palha, Dias & Costa, 2012).

Numa segunda fase do estudo piloto o questionário e as acções foram testados – acções-piloto. Estas acções foram implementadas num grupo de 26 alunos, do ensino secundário, sendo aplicado na pré e pós-intervenção o “Questionário UPA”.

Na sequência do estudo piloto, o projecto “UPA FAZ A DIFERENÇA - Acções de Sensibilização Pró-Saúde Mental” foi implementado. As acções foram dinamizadas em 13 escolas (10 escolas públicas, 3 instituições de ensino privado), junto de 1177 alunos que frequentavam o 10º, 11º e 12º anos de escolaridade, com idades entre os 15 e os 18 anos.

Deste projecto fizeram parte, (a) um grupo experimental, que participou nas duas sessões pró-saúde mental, com intervalo de uma semana, e que preencheu o Questionário UPA antes e depois da intervenção, e um outro (b) grupo de controlo onde, apenas, foram aplicados os questionários nos mesmos momentos.

Os objectivos das 2 sessões que constituíram a intervenção foram: “Primeira sessão - (a) Apresentar o projecto UPA faz a diferença; (b) Definir regras de

funcionamento das sessões; (c) Explorar a vivência cognitivo-emocional dos participantes, (d) Discutir o que se entende por problemas de saúde mental, (e) Compreender a fronteira entre saúde e perturbação mental, (f) Identificar as causas e riscos das perturbações mentais. Segunda sessão: (a) Explorar o impacto da perturbação mental, (b) Debater aspectos relacionados com o tratamento e o prognóstico da perturbação mental, (c) Abordar as intenções comportamentais relativas aos problemas de saúde mental, (d) Discutir o que se entende por saúde mental, (e) Sensibilizar para a promoção da saúde mental dos participantes, (f) Promover comportamentos não estigmatizantes perante as perturbações mentais.” (Campos, Palha, Dias & Costa, 2012; p. 40).

Os resultados obtidos demonstraram que, no primeiro momento, o nível de conhecimentos sobre saúde mental era razoável, com adequada atribuição das causas para as doenças mentais. No âmbito das percepções estigmatizantes, os alunos dos grupos de intervenção posicionaram-se de modo neutro, atribuindo-se este facto, provavelmente, ao nível de conhecimentos que possuíam. As intenções comportamentais parecem estar coerentes com os anteriores resultados, dado que foi visível a iniciativa para ajudar ou procurar ajuda, perante um problema de saúde mental (Campos, Palha, Dias & Costa, 2012).

Na avaliação pós-teste, no grupo experimental, observou-se um aumento dos conhecimentos e uma diminuição das percepções estigmatizantes. Também no grupo de controlo foi identificada a diminuição das percepções estigmatizantes, que os autores atribuíram ao “(...) possível efeito irradiativo (...)” (p. 73) provocado pela transmissão de informação proporcionada pelo grupo experimental. Relativamente às intenções comportamentais, o grupo experimental identificou mais e diferentes recursos para a procura de ajuda adequada, podendo este resultado, segundo os autores, estar associado à adequabilidade dos conteúdos e estratégias utilizados nas sessões. O grupo de controlo, na avaliação pós-teste, também revelou um aumento de percepções positivas, parecendo este resultado estar associado, mais uma vez, ao possível efeito irradiativo (Campos, Palha, Dias & Costa, 2012).

Tendo em conta a “urgência” de acções de promoção de saúde mental, justificadas anteriormente, e dada a eficácia demonstrada pelo projecto “UPA FAZ A DIFERENÇA”, surge o projecto “Abrir Espaço à Saúde Mental”, centrado na promoção da saúde mental, junto de jovens entre os 12 e os 14 anos.

Neste sentido, a presente dissertação integra a 1ª fase do projecto “Abrir Espaço à Saúde Mental”, que envolve a dinamização de *focus groups* com o objectivo geral de explorar os conhecimentos, o estigma e as necessidades que adolescentes de 7º ano apresentam relativamente a questões de saúde mental, bem como compreender a importância e a tipologia de acções em torno desta temática.

II. Estudo Empírico

6. Metodologia

A investigação no domínio do “*Abrir Espaço à Saúde Mental – Estudo piloto sobre conhecimentos, estigma e necessidades relativas a questões de saúde mental, junto de alunos do 7º ano de escolaridade*” realizou-se a partir de uma metodologia de cariz qualitativo, que privilegia a análise de cariz indutivo, holístico e ideográfico, permitindo uma compreensão global dos fenómenos, não perdendo de vista a contextualização dos sujeitos (Almeida & Freire, 2003).

A recolha de dados teve como objectivo explorar os conhecimentos, o estigma e as necessidades que adolescentes de 7º ano apresentam relativamente a questões de saúde mental, bem como compreender a importância e a tipologia de acções em torno desta temáticas, tendo por base a metodologia de *focus groups*.

O recurso aos *focus groups*, metodologia que envolve a discussão/debate em grupo, em torno de um tópico, permitindo explorar as percepções e as vivências de cada participante (Morgan, 1996), justifica-se pelo facto desta permitir o alcance de informação de modo espontâneo e contextualizado, sendo também um método privilegiado pela interacção entre os sujeitos e consequente expressão de crenças face aos fenómenos (Oldenburg, Williams, McGonigal-Kenney, Maas & Tripp-Reimer, 2007). Face ao exposto, o *focus group* parece ser a metodologia adequada para atingir os objectivos definidos, uma vez que permite a exploração de visões e experiências de cada um dos participantes (Kitzinguer, 1994).

Em seguida serão definidos os objectivos específicos, as questões de investigação, serão descritos os participantes, os instrumentos e os procedimentos, de recolha e análise de dados.

6.1. Objectivos Específicos

Foram definidos os seguintes objectivos específicos:

- 1) Explorar o tipo de conhecimentos sobre saúde mental (*mental health literacy*) que um grupo de jovens do 7º ano de escolaridade apresenta.
- 2) Explorar o estigma associado às perturbações mentais/a problemas de saúde mental que um grupo de jovens do 7º ano de escolaridade explicita.
- 3) Perceber a possível influência da proximidade a perturbações mentais/a problemas de saúde mental e do género, no tipo de conhecimentos sobre saúde mental e no estigma, num grupo de jovens do 7º ano de escolaridade.
- 4) Identificar a pertinência e as necessidades ao nível dos conteúdos sobre questões de saúde mental, referidas por um grupo de alunos do 7º ano de escolaridade. Identificar o tipo de participantes e seus interesses, dinâmicas e duração, com vista ao desenvolvimento de uma intervenção de promoção de saúde mental.

6.2. Questões de Investigação

A partir dos objectivos específicos acima mencionados, foram definidas as seguintes questões de investigação:

- 1) Qual o tipo de conhecimentos que um grupo de jovens de 7º ano de escolaridade possui sobre saúde mental (*mental health literacy*)?
- 2) Que preconceitos, estereótipos e comportamentos discriminatórios (estigma) associadas a perturbações mentais/a problemas de saúde mental são explicitados por um grupo de jovens do 7º ano de escolaridade?
- 3) Qual a influência da proximidade a perturbações mentais/problemas de saúde mental e do género, no tipo de informação sobre saúde mental e no estigma, explicitados por um grupo de jovens de 7º ano de escolaridade?
- 4) Qual a pertinência e as necessidades sobre questões de saúde mental referidas por um grupo de jovens de 7º ano de escolaridade, bem como qual o tipo de participantes e seus interesses, dinâmicas e duração a serem considerados numa intervenção de promoção de saúde mental?

6.3. Participantes

Tendo em conta o cariz qualitativo da investigação as características dos participantes foram determinadas pelas necessidades que o estudo apresenta (Dezin & Lincoln, 1994). Assim, o critério de inclusão foi a frequência do 7º ano de escolaridade.

Os participantes foram seleccionados após a apresentação do projecto às turmas do 7º ano e da exploração do interesse manifestado pelos mesmos na participação no *focus group*, sendo, posteriormente, solicitado o consentimento informado aos encarregados de educação dos jovens que quiseram participar (Anexo 1).

Neste estudo participaram oito alunos do 7º ano de escolaridade, de uma instituição de ensino privado, localizada no grande Porto. O grupo foi constituído por seis elementos do género masculino e 2 do género feminino, sendo que destes, seis tinham 12 anos de idade e dois tinham 11 anos. Todos os participantes eram solteiros e estudantes. Ao nível das ocupações dos tempos livres, cinco elementos realizavam actividades desportivas e dois elementos actividades artísticas, de acordo com a periodicidade apresentada no Quadro 1. Um participante do género masculino realizava em simultâneo actividades desportivas e artísticas. Relativamente a outras ocupações dos tempos livres, dois participantes referem o recurso à leitura, sete referem o recurso à televisão, três ao cinema e sete à internet. Existe um participante que referiu “estudar” como uma ocupação adicional dos tempos livres, verificando-se que este mesmo participante não seleccionou nenhuma das outras opções (leitura, televisão, cinema ou internet).

Quadro 1.

Ocupação dos Tempos Livres dos Participantes: Actividades Desportivas e Actividades Artísticas

		1 vez por semana	2 vezes por semana	Mais do que 2 vezes por semana
Actividades desportivas	Género Feminino		1	1
	Género Masculino		1	2
	Total		2	3
Actividades artísticas	Género Feminino	1		
	Género Masculino	1		
	Total	2		

Dos oito participantes, sete eram de nacionalidade portuguesa, e um elemento do género masculino possuía dupla nacionalidade. Ao nível do concelho de residência 6 participantes referiram habitar no Porto, 1 em Leça da Palmeira e 1 em Vila Nova de Gaia.

Considerando os indicadores da Classificação de Graffar⁵ recolhidos, este grupo, parece encontrar-se no nível 1- nível socioeconómico elevado.

Os dados recolhidos e anteriormente descritos integram o protocolo do projecto global, “Abrir Espaço à Saúde Mental”. Contudo, nem todos serão alvo de análise no presente trabalho.

6.4. Instrumentos

Ao longo da investigação, foram elaborados e realizados os seguintes instrumentos: questionário sociodemográfico e guião do *focus group*.

6.4.1. Questionário Sociodemográfico

Foi elaborado um questionário sociodemográfico (Anexo 2), com 13 itens, sendo eles: data de nascimento, género, estado civil, ocupação/profissão, ano de escolaridade, ocupação dos tempos livres, outras ocupações, nacionalidade, concelho de residência, local, conforto da habitação, principal fonte de rendimento familiar e agregado familiar. Este questionário permitiu a caracterização dos participantes. O nível socioeconómico foi medido através da Classificação de Graffar (tal como referido acima).

⁵ A Classificação de Graffar consiste numa classificação internacional, de cariz social, que agrupa 5 critérios para a caracterização da família: Profissão e nível de instrução dos pais, aspecto do bairro onde habita, conforto do alojamento e principal fonte de rendimento familiar. (Graffar, 1956 *cit in* Almeida, 2003).

6.4.2. Guião do Focus Group

A construção do guião do *focus group* realizou-se, em equipa, nos momentos seguidamente descritos:

a. Formação para desenvolvimento do guião do *focus group* – para a concretização desta etapa metodológica foram realizadas duas reuniões de equipa, onde foram analisados os objectivos gerais e específicos do projecto, explorados os conceitos centrais da investigação (*mental health literacy* e estigma), realizadas considerações gerais sobre a metodologia qualitativa e *focus group* (nomeadamente definição de *focus group*; vantagens e desvantagens da metodologia; questões éticas a ter em conta; critérios de eficácia; papel do moderador), formulação de questões a integrar no guião dos *focus group* e concretização de *role-play* (em equipa). Após estes momentos, o guião do *focus group* foi reformulado, para concretização do *focus group* piloto, com o objectivo de aferir a adequabilidade das questões a esta população.

b. Guião do *focus group* piloto - Deste guião, faziam parte 5 domínios: ⁶ (I) Questão de Quebra Gelo; (II) Doença Mental, (III) Saúde Mental, (IV) Acções de Sensibilização e (V) Interesses Globais. Destas, faziam parte 14 categorias: (1) Definição de Doença Mental; (2) Prevalência das Doenças Mentais; (3) Causas das Doenças Mentais; (4) Consequências das Doenças Mentais; (5) Prognóstico das Doenças Mentais; (6) Intenções Comportamentais face à Doença Mental; (7) Definição de Saúde Mental; (8) Factores Protectores/Promotores de Saúde Mental; (9) Implicações da Saúde Mental; (10) Contacto Prévio com Questões de Saúde/Doença Mental; (11) Interesse na Participação em Acções de Sensibilização; (12) Formatos das Sessões da Acção de Sensibilização; (13) Interesses Globais (Música; Literatura; Filmes/Séries; Jogos; Redes Sociais; Personalidades); (14) Ocupações dos Tempos Livres. Em cada categoria estiveram presentes “pistas”, ou seja, questões formuladas de modo pormenorizado, com o objectivo de melhorar explanação das questões.

c. Realização do *focus group* piloto – Para verificar a adequabilidade do guião do *focus groups*, foram realizados três *focus groups-piloto*. Nestes, estiveram presentes dez jovens do 7º ano de escolaridade, 10 jovens do 8º ano de

⁶ No guião do *focus group* e na dinamização do mesmo, optou-se pela dissociação dos conceitos “saúde mental” e “doença mental”, tendo em vista a adequabilidade da linguagem à faixa etária dos participantes.

escolaridade e seis jovens do 9º ano de escolaridade, de uma instituição de ensino privado, escolhidos aleatoriamente. Anteriormente à dinamização, os participantes e seus encarregados de educação preencheram o consentimento informado (Anexo 3), sendo também esclarecidos que esta actividade seria filmada. Na dinamização destes *focus groups*, os moderadores foram dois elementos da equipa, tendo o guião funcionado como elemento estruturador da discussão. Deste modo, foi permitida a exploração espontânea dos temas pelos participantes, tendo sempre em conta as linhas orientadoras do guião construído. No final, os dinamizadores preencheram grelhas de registo (Anexo4), das quais constava a apreciação da dinâmica do grupo, características dos participantes, temas abordados e avaliação do desempenho dos próprios. Esta dinamização foi gravada em formato audiovisual, para análise e discussão em equipa, visando o esclarecimento de dúvidas e a introdução de melhorias.

d. Análise dos registos audiovisuais dos *focus groups*-piloto – Num momento posterior à dinamização dos *focus groups*-piloto foram analisados os respectivos vídeos, em ordem à adequabilidade das questões e dinâmica. Ao nível dos aspectos formais foram salientadas as questões da apresentação do projecto e dos objectivos dos *focus group*, nomeadamente a linguagem a utilizar, apresentação do consentimento informado e a selecção dos participantes, definição de regras de gestão do grupo, história utilizada como quebra-gelo e do tempo da sessão. No âmbito da dinamização foram salientadas as questões de circulação da informação, conteúdos abordados, o modo como se introduzem os pontos de viragem do diálogo, gestão do tempo, controlo e integração do dinamizador ao longo da tarefa e colaboração do co-dinamizador. Após estas considerações foram realizados pequenos ajustes no guião do *focus group* (Anexo 5) e desempenho dos dinamizadores.

6.5. Procedimentos

6.5.1. Procedimentos de Recolha de Dados

Previamente à recolha de dados, tendo em conta os procedimentos éticos e deontológicos, foram efectuados os pedidos de autorização à Comissão Nacional de Protecção de Dados e à Direcção Geral de Inovação e Enriquecimento Curricular (Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar) (Anexo 6).

Foi efectuado um contacto prévio com um estabelecimento de ensino privado para a realização do *focus group*. Após a receptividade demonstrada pela escola, foram enviados documentos de apresentação do projecto, pedido de autorização e, posteriormente, os consentimentos informados dos encarregados de educação dos participantes (ver Anexos).

Inicialmente, foram apresentados às turmas de 7º ano, do estabelecimento de ensino, os objectivos do projecto. A partir desta apresentação, e mediante o interesse manifestado pelos participantes, os alunos inscreveram-se, receberam o consentimento informado, a ser assinado pelos encarregados de educação. Após esta etapa, os participantes foram seleccionados aleatoriamente.

A dinamização do *focus group* foi realizada no mês de Outubro de 2011.

Num primeiro momento da dinamização, foram apresentados os dois moderadores⁷, explicados os objectivos do projecto e do *focus group* e preenchidos, pelos participantes, os questionários sociodemográficos. Em seguida, tendo em conta as questões éticas da investigação, foram esclarecidos os aspectos relativos à confidencialidade e à gravação áudio do *focus group*, sendo, nesse seguimento, assinados os consentimentos informados.

Posteriormente, deu-se início à discussão, orientada pelo guião previamente elaborado pela equipa. Nesta, foi permitido que os participantes dialogassem livremente, embora com regras ao nível da comunicação, sendo permitida uma exploração exaustiva das categorias. O *focus group* teve a duração de aproximadamente 1 hora e 40 minutos.

No final, foram preenchidas as grelhas de monitorização por ambos os dinamizadores (Anexo 7).

6.5.2. Procedimentos de Análise de Dados

A análise de dados foi realizada com base na “Análise de Conteúdo”, embora se tenha “deixado em aberto” a criação do conhecimento até ao final da concretização do

⁷ Estiveram presentes dois elementos da equipa de investigação, um como dinamizador – com um papel mais activo - e outro como co-dinamizador – desempenhando um papel mais passivo intervindo sempre que necessário.

sistema de categorias. Seguiu-se, então, um processo de produção do conhecimento indutivo e construiu-se conhecimento através da exploração de todas as hipóteses criadas a partir do discurso dos participantes (Strauss & Corbin, 1994).

Para a concretização da análise do discurso dos participantes procedeu-se à transcrição integral da gravação do ficheiro áudio do *focus group*. Após esta etapa, foi realizada uma leitura flutuante que permitiu obter impressões gerais sobre o discurso integral, sendo possível a construção de um sistema de categorias global. As expressões apresentadas pelos participantes constituíram a unidade de análise utilizada, podendo estas variar entre frases, palavras ou períodos, sendo que a extensão da narração seleccionada foi a necessária para garantir a compreensão da unidade de registo.

Posteriormente, foi construído, em equipa, através de reuniões, um tronco comum de categorização, para os 7º, 8º e 9º ano de escolaridade⁸, que contemplam categorias de 1ª, 2ª e 3ª geração, sendo que no total, existem 4 categorias de 1ª geração, 26 categorias de 2º geração e 143 categorias de 3ª geração. Esta categorização conjunta permitirá que o projecto “Abrir Espaço” contemple a total integração dos discursos dos participantes dos três níveis de escolaridade - 7º, 8º e 9º ano de escolaridade.

De salientar que a organização das categorias foi realizada com recurso ao programa NVivo 8, tornando-se, com esta ferramenta, o processo mais rápido e organizado.

Após a descrição do método subjacente ao presente trabalho, segue-se o capítulo relativo à apresentação dos resultados obtidos.

⁸ Esta categorização teve por base todos os *focus groups* efectuados junto do 7º, 8º e 9º ano de escolaridade, sendo que os de 8º e 9º ano contemplam outros projectos de investigação.

III. Resultados

Neste capítulo serão apresentados os resultados considerando o sistema de categorias emergente dos enunciados dos participantes ao longo do *focus group*. Serão descritas as categorias de 1ª, 2ª e 3ª gerações. De referir que o sistema de categorias completo, bem como a árvore de categorias, poderão ser consultados em anexo (Anexo 8 e 9).

Os dados obtidos serão organizados seguindo as quatro principais dimensões do guião do *focus group*: (1) Definição de Doença Mental, (2) Definição de Saúde Mental, (3) Acções de Sensibilização e (4) Interesses Globais⁹.

1. Definição de Doença Mental

Inserem-se nesta categoria todas as informações relativas aos conhecimentos dos participantes face às perturbações mentais, onde se inclui: (1.1) características e sintomas, (1.2) causas, (1.3) consequências, (1.4) factores de prevenção, (1.5) factores de risco, (1.6) factores precipitantes, (1.7) factores promotores, (1.8) impacto da doença mental do outro (próximo), (1.9) impacto da doença mental do outro (desconhecido), (1.10) impacto da doença mental na comunidade, (1.11) impacto da doença mental no próprio, (1.12) problemas de saúde mental não associados como tal, (1.13) problemas enunciados como de saúde mental, (1.14) prognóstico, (1.15) proximidade, (1.16) terminologia e (1.17) vulnerabilidade.

1.1. **Características e Sintomas**

Inserem-se nesta categoria todas as informações relativas aos conhecimentos dos participantes face às características e sintomas das perturbações mentais, onde se inclui: (1.1.1) anormalidade, (1.1.2) atirar e ou danificar objectos, (1.1.3) bater em pessoas, (1.1.4) chamar à atenção, (1.1.5) comportar-se de forma diferente, (1.1.6) danos cerebrais, (1.1.7) dificuldades em

⁹ Tal como referido no enquadramento teórico, os conceitos de *Mental Health Literacy* e Estigma possuem sobreposições, nomeadamente ao nível das crenças/estereótipos. Não obstante, a designação das categorias apresentadas nos resultados não integra a designação de estigma ou das suas componentes, estas estão subjacentes em alguns dos discursos dos jovens, sendo analisadas no capítulo da discussão dos resultados.

pronunciar palavras, (1.1.8) dúvidas, (1.1.9) embotamento afectivo, (1.1.10) esquecimento, (1.1.11) estranheza, (1.1.12) falar com objectos/elementos naturais, (1.1.13) fazer figuras tristes, (1.1.14) gritar com pessoas, (1.1.15) imobilidade, (1.1.16) infelicidade ou tristeza, (1.1.17) inicio de consumos, (1.1.18) isolamento, (1.1.19) não comer, (1.1.20) não falar, (1.1.21) não ouvir o que lhe dizem, (1.1.22) não quer ou não consegue pensar, (1.1.23) não quer estar ali, (1.1.24) necessidade de partilha de sentimentos & emoções, (1.1.25) necessidade de amor, (1.1.26) normalidade, (1.1.27) pensamentos diferentes ou estranhos, (1.1.28) pensar mais, (1.1.29) sem abrigo, (1.1.30) solidão, (1.1.31) ter dificuldades cognitivas, (1.1.32) ter uma falha e (1.1.33) viver no seu mundo.

1.2. Causas

Nesta categoria integram-se os conhecimentos referidos pelos jovens face às causas da doença mental, nomeadamente: (1.2.1) adquiridas, (1.2.2) congénitas e (1.2.3) dúvidas.

1.3. Consequências

Integram-se nesta categoria todas as informações referidas pelos jovens relativamente às consequências da doença mental, onde se inclui: (1.3.1) afectar partes do corpo, (1.3.2) andar numa escola diferente (1.3.3) degradação, (1.3.4) depressão, (1.3.5) dúvidas, (1.3.6) falar de forma diferente, (1.3.7) imaginação, (1.3.8) inadaptação, (1.3.9) infelicidade, (1.3.10) mau funcionamento, (1.3.11) morrer, (1.3.12) mudança comportamental, (1.3.13) necessidade de partilha, (1.3.14) necessidade de vigilância, (1.3.15) noção de realidade diferente, (1.3.16) passar por fase difícil, (1.3.17) problemas escolares, (1.3.18) reacção inesperada & estranha, (1.3.19) rejeição, (1.3.20) restrição de contacto, (1.3.21) solidão, (1.3.22) suicídio, (1.3.23) tristeza e (1.3.24) viver na rua.

1.4. Factores de Prevenção

Nesta categoria integram-se os conhecimentos referidos pelos jovens sobre os factores de prevenção da doença mental, nomeadamente: (1.4.1) comportamento de outros, (1.4.2) comportamento do próprio e (1.4.3) feitio.

1.5. Factores de

Nesta categoria integram-se os conhecimentos referidos pelos

Risco	jovens sobre os factores de risco da doença mental, nomeadamente: (1.5.1) abandono por pais, (1.5.2) acontecimentos de vida significativos, (1.5.3) danos cerebrais, (1.5.4) falta de apoio, (1.5.5) falta de contacto, (1.5.6) feitiço, (1.5.7) morte de alguém, (1.5.8) não ter carinho dos pais, (1.5.9) não ter ou ter poucos amigos, (1.5.10) proximidade, (1.5.11) rejeição, (1.5.12) sentir-se mal, (1.5.13) stress e (1.5.14) trauma.
1.6. Factores Precipitantes	Nesta categoria integram-se os conhecimentos referidos pelos jovens sobre os factores precipitantes da doença mental, nomeadamente: (1.6.1) perda de alguém e (1.6.2) trauma
1.7. Impacto da Doença Mental do Outro (desconhecido)	Inserem-se nesta categoria todas as informações, enunciadas pelos participantes, relativa ao impacto das doenças mentais do outro, enquanto elemento desconhecido, onde se inclui: (1.7.1) cognitivo e (1.7.2) emocional.
1.8. Impacto da Doença Mental do Outro (próximo)	Inserem-se nesta categoria todas as informações, enunciadas pelos participantes, relativa ao impacto das doenças mentais do outro, enquanto elemento próximo de si, onde se inclui: (1.8.1) comportamental e (1.8.2) emocional.
1.9. Impacto da Doença Mental na Comunidade	Inserem-se nesta categoria todas as informações, enunciadas pelos participantes, relativa ao impacto das doenças mentais na comunidade, próximo de si, onde se inclui: (1.9.1) comportamental.
1.10. Impacto da Doença Mental no próprio	Nesta categoria integram-se os conhecimentos referidos pelos jovens face às causas da doença mental, nomeadamente: (1.10.1) emocional.
1.11. Problemas de Saúde Mental Não Associados Como Tal	Incluem-se nesta categoria todas as informações relativas a problemas de saúde mental enunciados pelos jovens não conotados como tal, nomeadamente (1.11.1.) depressão.
1.12. Problemas Saúde Mental Associados	Nesta categoria incluem-se todas as informações relativas a exemplos daquilo que os jovens consideram ser problemas de saúde mental, nomeadamente: (1.12.1) alzheimer, (1.12.2)

Como Tal autismo, (1.12.3) AVC, (1.12.4) cancro, (1.12.5) comportamentos anormais, (1.12.6) depressões, (1.12.7) doença mental VS doença física, (1.12.8) doenças mentais permanentes, (1.12.9) doenças mentais temporárias, (1.12.10) dúvidas, (1.12.11) mau funcionamento cerebral, (1.12.12) problema mental, (1.12.13) reconhecimento de doença mental, (1.12.14) tetraplegia, (1.12.15) trauma, (1.12.16) traumatismo craniano e (1.12.17) trissomia 21.

1.13. Prognóstico Nesta categoria integram-se os conhecimentos referidos pelos jovens sobre o prognóstico da doença mental, nomeadamente: (1.13.1) cura, (1.13.2) evolução, (1.13.3) factores de bom prognóstico, (1.13.4) factores de mau prognóstico e (1.13.5) tratamento.

1.14. Proximidade Inserem-se nesta categoria todas as informações enunciadas, relativas à proximidade dos participantes com a doença mental, onde se inclui: (1.14.1) amigos com doença mental, (1.14.2) familiares com doença mental e (1.14.3) outros com doença mental.

1.15. Terminologia Nesta categoria integram-se todas as informações relativas à terminologia utilizada pelos jovens, para designar alguém com uma doença mental, nomeadamente: (1.15.1) autista, (1.15.2) deprimido, (1.15.3) miúdo um bocado doente e (1.15.4) tem sempre aquela falha.

1.16. Vulnerabilidade Integram-se nesta categoria todas as informações enunciadas pelos participantes face à vulnerabilidade de se desenvolver uma doença mental, onde se inclui: (1.16.1) qualquer pessoa.

2. Definição de Saúde Mental

Inserem-se nesta categoria todas as informações relativas aos conhecimentos dos participantes face saúde mental, onde se inclui: (2.1) Características Pessoais e (2.2) Factores Protectores e Promotores.

2.1. Características Pessoais e Sinais

Inserem-se nesta categoria todas as informações relativas aos conhecimentos dos participantes sobre as características pessoais e sinais de saúde mental, onde se inclui: (2.1.1) acreditar em si mesmo, (2.1.2) capacidade de pensar, (2.1.3) capacidade de resolução de problemas, (2.1.4) capacidade de sonhar, (2.1.5) felicidade, (2.1.6) força interior (2.1.7) nada ou pouca coisa afecta, (2.1.8) não se deixa ir abaixo, (2.1.9) normalidade, (2.1.10) resiliência, (2.1.11) resistência e (2.1.12) seguir em frente.

2.2. Factores Protectores e Promotores

Integram-se nesta categoria todas as informações enunciadas pelos participantes sobre os factores protectores e promotores da saúde mental, onde se inclui: (2.2.1) felicidade, (2.2.2) lutar por ser saudável, (2.2.3) ter amigos, (2.2.4) ter apoio, (2.2.5) ter coisas boas, (2.2.6) ter família, (2.2.7) ter saúde e (2.2.8) tranquilidade.

3. Acções de Sensibilização

Inserem-se nesta categoria todas as informações relativas às considerações a ter em conta na construção das acções de sensibilização, onde se inclui: (3.1) formato das sessões, (3.2) interesse na participação

3.1. Formato das Sessões

Incluem-se nesta categoria todas as informações relativas aos (3.1.1) conteúdos e (3.1.2) estratégias, propostas pelos jovens para a dinamização das sessões.

3.2. Interesse na Participação

Nesta categoria integram-se as informações relativas ao interesse manifestado pelos participantes na participação das acções de sensibilização, nomeadamente: (3.2.1) interesse do próprio e (3.2.2) recomendação a amigos.

3.3. Participantes

Nesta categoria integram-se as informações relativas ao público-alvo a ter em conta na dinamização das acções de sensibilização, tal como sugerido pelos participantes, onde se inclui: (3.3.1) tipo de participantes.

3.4. Pertinência

Nesta categoria integram-se as informações relativas à pertinência atribuída pelos jovens à possível implementação de um projecto de promoção da saúde mental, onde se inclui: (3.4.1) ajudar os amigos.

**4. Interesses
Globais**

Inserem-se nesta categoria todas as informações relativas aos interesses globais referidos pelos participantes nas vertentes da (4.1) filmes e (4.2) música.

4.1. Filmes

Incluem-se nesta categoria todas as informações relativas ao tipo de filmes de referência para os jovens, nomeadamente (4.1.1) Exemplos de Filmes Preferidos.

4.2. Música

Incluem-se nesta categoria todas as informações relativas ao tipo de música ou intérpretes de referência para os jovens, nomeadamente (4.2.1) exemplos de bandas ou intérpretes preferidos e (4.2.2) género geral.

No ponto seguinte será apresentada a análise e discussão dos resultados.

IV. Análise e Discussão de Resultados

A partir da recolha dos dados obtidos procurou-se responder às questões de investigação (cf. metodologia).

A presente dissertação teve como objectivo explorar os conhecimentos e o estigma associados a questões de saúde mental, bem como recolher informação e perceber a importância e a configuração de acções de promoção da saúde mental dirigidas a jovens, junto de um grupo de alunos de 7º ano de escolaridade. Não obstante, torna-se fundamental salientar, novamente, que a presente dissertação integra o projecto “Abrir Espaço à Saúde Mental” tendo sido, paralelamente, realizados outros dois trabalhos, com os mesmos objectivos, embora com populações-alvo diferentes - 8º e 9º anos de escolaridade. Em simultâneo, as três investigações procuram explorar um campo de resultados mais vasto em torno dos conhecimentos e estigma que os adolescentes, detêm face a questões de saúde mental.

Para além do anteriormente referido, é importante destacar que a recolha de dados da presente investigação decorreu numa instituição de ensino privado que poderá ser caracterizada pelo modo eficaz como responde às necessidades dos seus alunos, quer a nível curricular, quer ao nível do departamento de psicologia. Por último, na leitura dos resultados, deverá ser salientado que os participantes envolvidos são jovens cujos indicadores do nível socioeconómico parecem apontar para o nível mais elevado da escala de Graffar.

Seguidamente serão analisados e discutidos os resultados a partir das questões de investigação formuladas.

Qual o tipo de conhecimentos que um grupo de jovens do 7º ano de escolaridade possui sobre saúde mental (mental health literacy)?

Relativamente aos resultados alcançados para a concepção de saúde mental serão utilizadas as categorias (1) *Definição de Doença Mental* e (2) *Definição de Saúde Mental*, e todas as subcategorias correspondentes.

- **Definição de Doença Mental**

No que diz respeito às perturbações mentais enunciadas pelos participantes destacam-se: demência de Alzheimer, autismo e depressão. No entanto, é importante sublinhar que a depressão é citada, pelos jovens, de modo pouco consensual, sendo que alguns participantes não lhe atribuem o estatuto de perturbação mental, tal como ilustra a expressão “*A depressão não concordo que seja uma doença mental (...) eu por estar deprimido e não me apetecer fazer nada, não é por isso que tenho nenhum problema mental, sou saudável.*”. Este resultado parece ir de encontro ao obtido no estudo de Olsson e Kennedy (2010), no qual os adolescentes não designam a depressão enquanto perturbação mental, associando-a a um estado de humor. Apesar da depressão ser a perturbação mental mais vezes enunciada, contrariamente ao expectável, não surgem, ao longo do discurso dos participantes, indicadores relacionados com conhecimentos concretos sobre a mesma ao nível de características ou sintomas, etiologia, consequências ou prognóstico. Em Portugal, estima-se que a depressão afecte 20 % da população (DGS, 2006), podendo este ser um dos factores que justifica a recorrente enunciação da depressão neste grupo de jovens. A este nível, poderá, também considerar-se o estudo de Cotton, Wright, Harris, Jorm & McGorry (2006), que defende que conhecimentos reduzidos relativamente a perturbações mentais, levam a uma menor capacidade no reconhecimento dos sintomas.

Ao longo do discurso dos participantes, surgem enunciados relativos a outros problemas de saúde tais como (1.12.3) *AVC*, (1.12.4) *Cancro*, (1.12.14) *Tetraplegia*, (1.12.16) *Traumatismo Craniano* e (1.12.17) *Trissomia 21* considerados pelos jovens como perturbações mentais, enfatizando a falta de conhecimentos neste âmbito. Não obstante, denota-se, que o discurso dos jovens se encontrava marcadamente orientado para a diferença entre patologias de ordem física e patologias mentais, nomeadamente, no que diz respeito à depressão, como é perceptível no exemplo “*Sim mas é uma doença mental, não é uma doença da perna ou do braço*”. Contudo, esta diversidade de respostas neste grupo de participantes apresenta-se assim como uma lacuna no conhecimento da sintomatologia podendo dever-se à falta de informação por si só, ou ao facto, com frequência se utilizarem, em contexto social, denominações irregulares para a descrição do mal-estar sentido.

Os participantes, fazem, também, referência, em vários pontos do discurso, a (1.12.9) *doenças mentais temporárias*, relacionando-as com a possibilidade de cura (“*Doenças temporárias, (...) são doenças que podem ser curadas.*”) e (1.12.8)

doenças mentais permanentes. Esta distinção parece revelar um bom nível de conhecimento em torno da cronicidade e evolução da doença mental.

No que se refere à caracterização da pessoa com doença mental, esta é realizada, pelo grupo de participantes, de modo variado, encontrando-se centrada num padrão de comportamentos, por eles considerado como não normativo (segundo um participante do género masculino: “(...) *faziam esses comportamentos anormais de... de... estar com falta de saúde mental e pronto.*”), comportamentos agressivos como (1.1.2) *atirar e ou danificar objectos* e (1.2.3) *bater em pessoas*, características que provocam défice no funcionamento social e laboral do indivíduo, como por exemplo (1.1.9) *embotamento afectivo* ou (1.1.31) *ter um défice cognitivo*. É possível compreender-se, ao longo do discurso, que existe algum tipo de conhecimento sobre a perturbação mental, ainda que limitado e restrito às categorias acima referidas.

Do exposto, a forma como grupo de jovens caracteriza a pessoa com perturbação mental parece remeter para uma conotação maioritariamente negativa, revelando estereótipos face à perturbação mental. Tendo por base o conceito de *mental health literacy* - em que conhecimentos e crenças se encontram indissociavelmente relacionados - a abordagem detalhada dos estereótipos será discutida na resposta à segunda questão de investigação.

Numa análise dos resultados relativos à origem da perturbação mental, englobando (1.5) *factores de risco*, (1.6) *factores precipitantes* e (1.2) *causas*, parece existir uma maior predominância, ao longo do discurso, relativamente a três aspectos: (a) acontecimentos de vida como (1.5.5) *morte de alguém*, (1.6.1) *perda de alguém*, outros (1.5.2) *acontecimentos de vida significativos* e (1.2.1.2) *acontecimentos de vida incompreendidos*, relacionados com eventos traumáticos e (1.6.2) *trauma*; (b) factores relacionados com défice ao nível da rede de suporte social, como é o caso de (1.5.1) *abandono dos pais*, (1.5.4) *falta de apoio* e (1.5.9) *não ter ou ter poucos amigos*; e (c) condições de vida adversas, como (1.2.1.4) *excesso de trabalho*, (1.2.1.8) *pressão* e (1.5.13) *stress*. Na conceptualização causal, os jovens admitem, ainda, a possibilidade de as perturbações mentais terem origens (1.2.2) *congénitas*, referindo que “ (...) *os problemas mentais podem ser de nascença (...)*”.

Existem também referências importantes ao nível da ausência de culpabilidade, associada ao desenvolvimento de uma perturbação mental, como é ilustrado na seguinte citação: “*Provavelmente, sofre de algum problema e não tem culpa*”.

Relativamente à origem das perturbações mentais, os conhecimentos dos adolescentes parecem ser congruentes com a literatura que, aponta, também, para

factores como negligência, perda de alguém significativo e rede de pares frágil (Moreira & Melo, 2005; Carr & McNulty, 2006).

Do exposto, a atribuição de causas às perturbações mentais, apresentada pelo grupo de jovens, aponta para bons conhecimentos em torno da mesma.

No âmbito das (1.3) *consequências* da perturbação mental os participantes apontam diversas alterações no funcionamento dos indivíduos salientando-se (a) alterações emocionais/psíquicas [(1.3.7) *imaginação*, (1.3.4) *depressão* e (1.3.15) *noção da realidade diferente*, por exemplo], (b) consequências de nível social, englobando por exemplo (1.3.19) *rejeição* e (1.3.24) *viver na rua*, bem como (c) alterações de ordem fisiológica, como (1.3.1) *afectar partes do corpo*, (1.3.10) *mau funcionamento* e (1.3.11) *morrer*. Neste ponto, torna-se pertinente reflectir sobre a referência à depressão, enquanto consequência, acepção que revela, novamente, baixos níveis de *mental health literacy*.

Os elementos apresentados parecem ligar-se, no discurso deste grupo de jovens, ao impacto que a perturbação mental tem na pessoa com perturbação mental, salientando-se a reacção emocional de (1.7.2.1) *pena*, em descrições situacionais da doença mental em alguém desconhecido. Relativamente ao (1.8) *impacto da doença mental do outro (próximo)*, os participantes apontam possíveis intenções de ordem (1.8.1) *comportamental*, como “ (...) *ia tentar integrá-lo e pô-lo no nosso grupo (...) perguntar de onde é que veio e porque é que estava aqueles dias sozinho*.”. Aquando da abordagem sobre o (1.10) *impacto da doença mental no próprio jovem* é apresentada uma reacção emocional negativa, ligada ao receio de ficar isolado: “ (...) *se fosse o meu caso, eu também não gostava de me sentir isolado*.”. Segundo este grupo de jovens, a comunidade será a principal entidade estigmatizante da pessoa com perturbação mental [“(...)toda a gente se ria (...)”]. Deste modo, a forma negativa como os participantes percebem o comportamento da sociedade, face à pessoa com perturbação mental, poderá explicar o impacto que a perturbação mental tem neles mesmos.

Relativamente aos (1.4) *factores de prevenção*, os adolescentes apontam para questões comportamentais e psicológicas, sobretudo inerentes a características de resiliência. Indicaram que o (1.4.1) *comportamento dos outros* e o (1.4.2) *comportamento do próprio* face a situações adversas da vida podem condicionar o desenvolvimento de uma perturbação mental, como se pode verificar na seguinte resposta de um participante à questão da vulnerabilidade de desenvolvimento de uma doença mental: “*Eu acho que sim, dependendo do comportamento, ou do comportamento que as outras pessoas tenham com essa pessoa (...)*”. Nessas

mesmas situações, os participantes referiram também o (1.4.3) *feitio* enquanto elemento de prevenção de bem-estar (“ (...) *acho que também tem a ver com o feitio da pessoa e com a maneira de ela ser, porque a pessoa pode se ter agarrado ao passado, ou pode ser uma pessoa que facilmente levanta a cabeça e anda para a frente.*”).

À semelhança dos resultados referidos por Jorm (2011), que nomeiam a rede de suporte como elemento chave no prognóstico favorável do desenvolvimento da doença, também ao longo do discurso dos participantes, está patente o apoio conferido por familiares e amigos, evidenciado nas subcategorias de (1.13.3) *factores de bom prognóstico*. Estes resultados parecem ir de encontro ao mencionado por Armstrong, Hill e Secker (2000), em que as relações familiares e de amigos contribuem para a manutenção do bem-estar dos indivíduos, garantindo-lhes segurança e conforto. Este grupo expôs, ainda, que atitudes de resiliência, boa saúde física, poderão ser indicadores de um bom prognóstico da perturbação mental.

Ao nível da procura de ajuda profissional os participantes apenas referem (1.13.5.2.1) *hospital* e (1.13.5.2.2.) *psicólogo*, sendo que, cada uma destas acepções apenas ocorre uma vez ao longo de todo o *focus group*, revelando-se o primeiro recurso como resultado associado a uma experiência próxima de uma jovem do género masculino, identificada como situação ocorrida com um tratamento eficaz (“*Um dia, tiveram que o levar para o hospital e internaram-no, para o tratarem, e agora já está mais ou menos bem...*”). Do exposto, revela-se pertinente reflectir sobre o baixo nível conhecimento sobre saúde mental e suas consequências. À semelhança do referido por Jorm (2011) e Cotton e colaboradores (2006), a falta de conhecimentos sobre tipo de ajuda indicia que a procura de ajuda, em torno dos problemas de saúde mental, seja realizada mais tardiamente, algo que, neste grupo de jovens, poderá enfatizar-se com associação, já referida, à falta de conhecimentos sobre sinais de perturbação mental. Este parece ser um dado que sustenta, também, a pertinência de acções promotoras de saúde mental.

- **Definição de Saúde Mental**

A saúde mental constitui-se num conjunto de oportunidades, na capacidade de usufruir delas positivamente, na aptidão de enfrentar obstáculos e encontrar os apoios necessários para a vivência de situações adversas da vida (Rethink, 2008). Apontando a robustez do individuo como indicador destes factos, denota-se alguma similaridade

entre o citado e a literatura. Para este grupo de participantes a saúde mental encontra-se num estado de bem-estar alcançado, sobretudo a partir da (2.1.10) *resiliência* e (2.1.11) *resistência*.

Referem, também, que a (2.1.4) *capacidade de sonhar* está inerente a este estado, onde explicam que “*Todos temos saúde mental, claro, se não, não pensávamos, nem sonhávamos nem nada.*”.

Revela-se curioso compreender que, estes jovens, parecem associar a saúde mental a algo adquirido, sendo o suporte social um elemento essencial: “*(...)Com que nós tenhamos saúde mental, eu acho que é ter carinho dos pais, ter coisas boas (...)*”, “*(...) a nossa família e os nossos amigos (...) nós dar-mo-nos bem com eles, sermos felizes com eles (...)*”. Estes resultados parecem ir de encontro ao indicado na literatura (Armstrong, Hill & Secker, 2000; Rodrigues & Madeira, 2009; Jorm, 2011), relativamente às fontes de suporte social enquanto (2.2) *factores protectores e promotores* para a saúde mental.

No cômputo geral, os participantes revelaram um baixo nível de conhecimento sobre questões de saúde mental, ao nível das características/sintomas, causas e consequências sendo este um factor preocupante ao nível da identificação de procura de ajuda. Considerando que a investigação refere que a níveis socioeconómicos elevados correspondem bons níveis de *mental health literacy* (CAMIMH, 2007), é necessário atentar que, neste grupo de jovens especificamente, isto não se verifica. Estes dados poderão estar relacionados essencialmente com os estereótipos e/ou com a informação detida pelos participantes, proveniente de fontes indefinidas.

Que preconceitos, estereótipos e comportamentos discriminatórios (estigma) associados a perturbações mentais/problemas de saúde mental são explicitadas por um grupo de jovens do 7º ano de escolaridade?

De acordo com o referido no enquadramento teórico desta dissertação, o conceito de estigma é constituído por três componentes: (a) estereótipos, ou crenças colectivas em torno da perturbação mental (b) preconceitos, enquanto resposta cognitiva ou emocional à perturbação mental e (c) discriminação, enquanto resposta ou reacção

efectiva (Corrigan, 2002). Como tal, a análise de dados que permitirá responder a esta questão terá por base as categorias (1.1) *características e sintomas*, (1.2) *causas*, (1.3) *consequências*, (1.8) *impacto da doença mental do outro (desconhecido)*, (1.9) *impacto da doença mental do outro (próximo)*, (1.10) *impacto da doença mental na comunidade*, (1.11) *impacto da doença mental no próprio*, (1.13) *problemas enunciados como de saúde mental* e (1.15) *terminologia*.

- **Estereótipos**

No que concerne às crenças colectivas face à perturbação mental/problemas de saúde mental, denotam-se várias referências dos jovens, associadas por exemplo à terminologia utilizada para definir alguém com uma doença mental, bem como às características associadas à pessoa com perturbação mental, que remetem para estereótipos e comportamentos discriminatórios face à doença mental. Frequentemente, nos exemplos ilustrados pelos jovens surge a caracterização de (1.1.29) *sem-abrigo* ou (1.3.24) *viver na rua* associada a problemas de saúde mental, compreendendo-se esta percepção enquanto crença estereotipada, pela generalização do facto de que, a falta de habitação é um sinal de doença mental.

Outras situações, em que se verificam os estereótipos, estão ilustradas em expressões que vão surgindo ao longo do discurso deste grupo de jovens, nomeadamente: “*figuras tristes*”, “*é um miúdo um bocado doente*”, “*anormalidade*” e “*comportamentos anormais*”. Nestas parecem estar implícitas crenças negativas face à pessoa com perturbação mental, embora estas não se verifiquem em noções como a perigosidade, falta de competência, fragilidade ou violência, por exemplo, tal como sugerem os dados da literatura apresentada no enquadramento teórico (Corrigan & Watson, 2002; Corrigan, et al., 2003).

Relativamente à culpabilidade no desenvolvimento de uma perturbação mental, os participantes, apresentam respostas desiguais aos dados da investigação (Corrigan & Watson, 2002; 2007).

- **Preconceitos**

Um dos dados que os jovens apontam para uma resposta emocional negativa face a pessoas com perturbação mental é relativo à (1.8.3.1) *estranheza*. Torna-se pertinente reflectir que esta se refere à identificação de situações ocorridas com pessoas desconhecidas, podendo este ser um dado que as justifique. Ou seja, considerando os dados da investigação que apontam para o facto de a proximidade

ser indicador de menores níveis de estigma (Angermeyer, Matschinger & Corrigan, 2004; Arvaniti, Samakouri, Kalamara, Bochtsou, Bikos, & Livaditis, 2008; Penn & Couture, 2002) neste caso verifica-se uma relação semelhante, em que a ausência de proximidade se expressa em níveis de estigma mais elevados.

Porém, existem indicadores ao nível do “auto-estigma”, como (1.8.1.5) *não querer ajuda* e (1.8.2.1) *não aceitar o acontecimento* que os jovens apontam como sendo a reacção emocional da pessoa com perturbação mental, face à patologia.

- **Discriminação**

Segundo a literatura, o estigma conduz a um impacto negativo na vivência da perturbação mental (Health Scotland, 2008), apontando os resultados de várias investigações para noções como o afastamento social (Palha et al., 2008; Corrigan et al., 2005; Loureiro et al., 2008; Angermeyer, Matschinger & Corrigan, 2004). Contudo, neste grupo de adolescentes, o impacto da doença mental parece conduzir a comportamentos e atitudes mais positivas, como “(...) *ia ter com ele e tentar alterar, tentar fazer com que ele ficasse mais feliz e contente. E não tipo deixá-lo sozinho. Porque deixando-o sozinho ele fica a pensar mais nesse assunto do que se ele estiver com essa pessoa, fica mal...*”, referido por um participante do género masculino.

Neste grupo de participantes, a comunidade manifesta-se como a principal entidade estigmatizante da perturbação mental, na medida em que é citada pelo grupo de jovens como a única referência a respostas ou reacções negativas face à problemática, enunciada no discurso através da resposta (1.10.1.1) *gozo*.

A operacionalização das características, factores de risco, causas e consequências, bem como da terminologia utilizada nos enunciados, poderá estar associada à desejabilidade social. Tal reflexão surge na medida em que, no discurso dos participantes, se nota especial cuidado nas referências às intenções comportamentais dos jovens face a pessoas com perturbação mental. Porém, explicitamente, a comunidade em geral assume-se, para os participantes como única entidade estigmatizante. No entanto, a análise dos dados acima apresentada não se revelou sustentada nesta ideia.

A fundamentação destes factos poderá encontrar-se no contacto com informação no discurso de outros, ou, tal como refere a literatura, na falta de conhecimentos, por

parte dos adolescentes, em torno das questões de saúde mental (Cotton, et al., 2006; Olsson & Kennedy, 2010).

Qual a influência da proximidade a perturbações mentais/problemas de saúde mental e do género no tipo de informação sobre saúde mental e estigma, explicitada por um grupo de jovens de 7º ano de escolaridade explicitam?

Para responder a esta questão serão utilizadas as categorias (1.9) *impacto da doença mental do outro (próximo)*, (1.14) *proximidade* e (1.13) *prognóstico*.

- **Proximidade**

Ao longo do discurso, é possível perceber que alguns jovens já terão tido contacto próximo com a perturbação mental, salientando-se os familiares [(1.14.2.1) *avó ou avó*, (1.14.2.2) *mãe* e (1.14.2.3) *primos*], amigos e (1.14.3.) *outros com perturbação mental*.

De um modo geral, a proximidade pode ser a justificação para atitudes face aos problemas de saúde mental, tal como discutido no ponto anterior (Angermeyer, Matschinger & Corrigan, 2004; Arvaniti, et al., 2008; Penn & Couture, 2002). Porém, na generalidade este grupo parece apresentar atitudes estigmatizantes. Contudo, os participantes que mencionam uma vivência próxima da perturbação mental, parecem demonstrar reacções menos estigmatizantes, identificar tratamentos, identificar factores de risco e nomear perturbações mentais, mais facilmente do que os outros, verificado por exemplo na seguinte citação: “ (...) *enquanto nós estivermos tristes com isso, hm, podemos vir a ficar muito deprimidos e sem ajuda de amigos para divertir e assim, acho que, pode ser impossível, ou uma psicóloga ou assim... (...)*”.

Ainda que pareça existir uma relação entre a proximidade e o estigma, e, embora as investigações de Jorm (2011), Cotton e colaboradores (2006) apontem para que a proximidade seja um indicador de maior conhecimento sobre questões de saúde mental, neste grupo de jovens poderá não ser linear a relação entre a proximidade e os conhecimentos relativos às características e sintomas, algo que é ilustrado pela

seguinte citação “*Eu tenho um primo, ainda não se sabe de nada. Mas eu acho... eu e minha mãe achamos que ele tem um problema, só não me lembro agora do nome (...)*”.

De forma geral, os resultados parecem sugerir que não existem diferenças muito significativas na relação entre a proximidade e as características e/ou sinais das perturbações mentais, apresentando-se contudo diferenças ao nível do estigma, identificação de factores de risco e tratamentos.

- **Género**

Neste grupo de jovens, e tal como referido na caracterização dos oito participantes, apenas dois pertencem ao sexo feminino. Esta disparidade não permite, assim, alcançar uma contestação extensa e sustentada, dado que as intervenções do género masculino ocorreram com maior predominância.

Não obstante, e em consonância com as várias investigações (Cotton et. Al., 2006; Angermeyer & Matschinger, 2003; Burns & Rapee, 2005), o estigma parece ser menos prevalente nas participantes do sexo feminino. No âmbito da identificação da depressão, enquanto perturbação mental, verifica-se que, as duas participantes do sexo feminino, a consideram como tal. Contrariamente, e não corroborando os dados da investigação, salienta-se que ambos os géneros apontam identificação de tratamentos.

Qual a pertinência e as necessidades sobre questões de saúde mental referidas por um grupo de jovens de 7º ano, bem como qual o tipo de participantes e seus interesses, dinâmicas e duração a serem considerados numa intervenção de promoção da saúde mental?

Na análise dos resultados que permitem responder a esta questão serão utilizadas as categorias (3) *acções de sensibilização* e (4) *interesses globais*.

- **Pertinência**

Este grupo de participantes referem que a pertinência das acções pró-saúde mental se prendem com o facto de lhes permitir (3.4.1) *ajudar os amigos* (“*E não só... Com alguns alunos mais velhos fazíamos um projecto... é assim, para ajudar os nossos amigos especiais...*”). Este facto vai de encontro à pertinência que a literatura apresenta, relativamente à potencialidade que o recurso a pessoas próximas poderá ter na detecção de problemas de saúde mental (Jorm, 2011).

De salientar que ao longo do discurso é notório o interesse em participar neste tipo de acções, como é visível pela expressão “*Eu participaria... Era isso que eu queria... queria fazer um trabalho....*”, opinião partilhada por todos os participantes, que, referem a (3.2.2) *recomendação a amigos* com a mesma intencionalidade.

- **Necessidades**

Pelo exposto até ao momento, os temas apontados como pertinentes neste grupo de jovens de 7º ano de escolaridade, dizem respeito ao esclarecimento de questões relacionadas com características e sintomas, etiologia e consequências das perturbações mentais, devido às lacunas explicitadas ao nível da *mental health literacy* e do estigma.

De salientar que, ao longo do *focus group*, foram sendo identificadas dúvidas dos jovens em relação às temáticas, estando estas relacionadas com questões específicas referentes à depressão e consequências da mesma. Consequentemente, o interesse na participação das acções de sensibilização, foi bastante evidente, apresentando propostas de formatos e de conteúdos a desenvolver, que serão descritos a seguir.

- **Duração, dinâmica e conteúdos de interesse**

Relativamente à frequência, os jovens que participaram, indicam que as acções deveriam ser “*As que fossem possíveis... por mim era assim, fazíamos no terceiro ciclo todo...*”. Os participantes revelam diferenças ao nível das opiniões no público-alvo, (3.3.1.1) *alunos do 1º ciclo*, (3.3.1.2) *alunos do 2º ciclo*, (3.3.1.3) *alunos do 3º ciclo*, (3.3.1.4) *alunos do ensino secundário*, (3.3.1.5) *alunos do ensino pré-escolar* e (3.3.1.6) *funcionários do colégio*, reflectindo nas suas escolhas a importância da

abordagem a estas questões, relativamente à vulnerabilidade de todos os indivíduos para desenvolver uma perturbação mental.

No âmbito das estratégias a utilizar na dinamização das sessões os jovens apontam para formas dinâmicas/interactivas de transmissão de conhecimentos, como (3.1.2.1) *convidar/contactar pessoas*, referindo-se aqui a entidades com um grau superior de conhecimento sobre problemas de saúde mental; (3.1.2.2) *imagens*; (3.1.2.3) *questionários*; (3.1.2.4) *sessões desenvolvidas pelos jovens*, sendo este um ponto bastante reforçado ao longo do discurso dos participantes e (3.1.2.5) *ver filmes ou vídeos*.

Os conteúdos de interesse citados pelos participantes envolvem (3.1.1.1) *aprender o que fazer face à doença mental*, (3.1.1.2) *factores promotores e protectores* e (3.1.1.3) *problemas de saúde mental*, parecendo estes estarem relacionados com a pertinência referida pelos participantes.

Os participantes demonstraram como interesses globais, ao nível cinematográfico os filmes (4.1.1.1) *007* e (4.1.1.2) *Harry Potter*, ao nível do estilo musical preferência por (4.2.2.1) *Pop*, (4.2.2.2) *Rock* e (4.2.2.3) *Underfloor*, ao nível de intérpretes ou bandas preferenciais (4.2.1.1) *Adele*, (4.2.1.2) *Justin Bieber*, (4.2.1.3) *Linkin Park*, (4.2.1.4) *Metallica* e (4.2.1.5) *Shakira*. Estes, são interesses diversificados, de onde se salientam cinematografes, intérpretes e bandas internacionais, mantendo-se em consonância com os ídolos actuais direccionados para esta faixa etária.

A pertinência desta informação centra-se na adequabilidade dos interesses, conteúdos e formatos das sessões, a serem tidos em conta na construção das mesmas, no âmbito dos objectivos do projecto “Abrir Espaço à Saúde Mental”.

No ponto seguinte serão referidas as principais conclusões deste estudo, bem como as respectivas limitações e implicações para investigações futuras.

8. Conclusão

Pela análise dos resultados e tendo em conta os objectivos delineados para a investigação, poderão salientar-se as seguintes conclusões.

No âmbito dos conhecimentos que os jovens apresentam em torno das questões de saúde mental, estes parecem ser reduzidos. Este resultado é, por um lado surpreendente, visto que existe proximidade com problemas de saúde mental e um nível socioeconómico elevado, sendo este um factor que poderia, aparentemente, contribuir para uma melhoria na informação detida (Angermeyer, Matschinger & Corrigan, 2004; Arviniti, et al, 2008; Penn & Couture, 2002), dado os resultados de algumas investigações que exploraram a relação entre estas duas variáveis. Porém, denota-se curiosidade e necessidade de serem desenvolvidas acções pró-saúde mental, sustentada pela pertinência.

Relativamente ao estigma, os jovens apresentam estereótipos, preconceitos e discriminação face à perturbação mental, apresentando, por exemplo, expressões como “anormalidade”, quando referem alguém com perturbação mental e reacções emocionais como estranheza. Este resultado poderá estar relacionado com a falta de conhecimento revelada. Ao nível da identificação de tratamentos, os conhecimentos parecem deficitários, e sempre que encontrados remetem para experiências próximas, podendo, ainda assim, este último ser uma mais-valia no reconhecimento da perturbação mental e procura de ajuda.

De modo geral, os jovens apontam para que a sociedade seja a principal entidade estigmatizante das perturbações mentais, podendo este ser um dado relevante ao nível das intervenções direccionadas para o público em geral.

Este grupo de participantes demonstraram interesse e entusiasmo na participação de intervenções pró-saúde mental no seu contexto escolar.

Por fim, o estudo exposto, foi realizado através da elaboração do *focus group*, com objectivo alcançar a informação prévia junto da população-alvo, sendo que a sua pertinência se compreende ao nível da sistematização da informação e reconhecimento da adequabilidade dos conteúdos, para posterior desenvolvimento da intervenção centrada na promoção da saúde mental, no âmbito do projecto “Abrir Espaço à Saúde Mental”, com estratégias adaptadas ao público-alvo (Armstrong, Hill & Secker, 2000; Noar, 2006).

Limitações

Ao longo desta investigação foram surgindo algumas limitações, que influenciaram o decorrer esperado do trabalho. O limite do tempo, as dificuldades em conseguir alcançar participantes para os *focus groups*, são exemplos de obstáculos que tiveram de ser superados. Porém, aponta-se como maior limitação o facto de o número de elementos do género feminino, ser menor número do que o número de participantes do género masculino. Desta forma, o facto de os participantes se encontrarem distribuídos de forma equilibrada em género, poderia ter contribuído, possivelmente, para uma análise mais rica dos dados.

Salienta-se, também, a dominância ao longo do discurso de dois jovens, do grupo, que, muitas vezes não permitiram a fluência do discurso de outros, dificultando assim a dinamização do *focus group*.

Por último, as anteriormente referidas características da instituição de ensino onde foram recolhidos os dados (instituição de ensino que possibilita respostas eficazes às necessidades dos indivíduos, a nível curricular e psicológico) bem como as características sociodemográficas dos participantes (nível socioeconómico elevado), poderão afastar-nos da representatividade dos dados reais.

Pistas para investigações futuras

Considerando os resultados obtidos, e tendo em conta o aumento da prevalência das perturbações mentais (Rethink, 2006), revela-se importante, no futuro, compreender as origens dos conhecimentos já possuídos pelos jovens, sejam eles correctos ou incorrectos, de modo a compreender outros focos de intervenção, tais como a comunidade em geral, ou populações específicas, como por exemplo a idade adulta.

Os resultados decorrentes do presente estudo contribuem para o desenvolvimento do questionário de avaliação da *mental health literacy* e estigma bem como da intervenção de promoção de saúde mental, que serão desenvolvidos no âmbito do projecto “Abrir espaço à saúde mental”.

Referências Bibliográficas

- Almeida, L. & Freire, T. (2003). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Angermeyer, M., Matschinger, H. (2003). The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 304-309. Disponível em: <http://www.brown.uk.com/stigma/angermeyer.pdf>
- Angermeyer, M., Matschinger, H. & Corrigan, P. (2004) Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: testing a model using data from a representative population survey. *Schizophrenia Research*, 69, 175–182. doi: 10.1016/S0920-9964(03)00186-5
- APA (2006). *DSM IV – TR – Manual de diagnóstico e Estatísticas das Perturbações Mentais*, 4ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Armstrong C., Hill, M., Secker, J. (2000). Young people's perceptions of mental health. *Children & Society*, 14 (1), 60-72. doi: 10.1111/j.1099-0860.2000.tb00151.x
- Arvaniti, A., Samakouri, M., Kalamara, E., Bochtsou, V., Bikos, C. & Livaditis, M. (2008). Health service staff's attitudes towards patients with mental illness. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 8, 658-65. doi: 10.1007/s00127-008-0481-3
- Barry, M., Domitrovich, C. & Lara, M. (2005). The implementation of mental health promotion programmes. *Promotion & Education*, 2, 30-36. Disponível em: http://aran.library.nuigalway.ie/xmlui/bitstream/handle/10379/2323/2005_ja_implementation_mhp_progs_pe_iuhpe_sup_2.pdf?sequence=1
- Burns, J.R., Rapee, R.M. (2006). Adolescent mental health literacy: young people's knowledge of depression and help seeking. *Journal of Adolescence*, 29, 225–239. Doi: 10.1016/j.adolescence.2005.05.004
- CAMIMH - Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health [em linha]. Disponível em: http://www.camimh.ca/files/literacy/LIT_REVIEW_MAY_6_07.pdf
- Campos, L., Costa, N., & Palha, F. (2010). O Upa faz a diferença – ações de sensibilização pró-saúde mental. Parte 1 | Construção de guião de Focus Group. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(S1), 355-358.

- Campos, L., Palha, F., Dias, P. & Costa, N. (2012). UPA FAZ A DIFERENÇA: Acções de sensibilização pró-saúde mental – Relatório Final. Porto, Portugal: ENCONTRAR+SE. Disponível em: <http://www.encontrarse.pt/Default.aspx?Tag=CONTENT&ContentId=2249>
- Carr, A. (1999). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology. A Contextual Approach*. London, England: Brunner-Routledge.
- Carr, A. & McNulty, M. (2006). Depression. In A. Carr & McNulty (Eds.), *The Handbook of Adult Clinical Psychology: An Evidence Based Practice Approach*. New York, U.S.A.: Routledge.
- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2008) [Em linha]. Relatório – Proposta de plano de acção para a reestruturação dos serviços de saúde mental em Portugal 2007-2016. Disponível em <http://www.acs.minsaude.pt/2008/01/18/plano-accao-servicos-de-saude-mental/>
- Corrigan, P. & Watson, A. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1 (1), 16-20. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489832/>
- Corrigan, P., Markowitz, F., Watson, A., Rowan, D. & Kubiak, M. (2003). An attribution model of public discrimination towards people with mental illness. *Journal of Health and Social Behaviour*, 44, 162–179. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12866388>
- Corrigan, P. W., Lurrie, B. D., Goldman, H. H., Slopen, N., Medasani, K. & Phelan, S. (2005). How Adolescents Perceive The Stigma of Mental Illness and Alcohol Abuse. *Psychiatric Services*, 56, 544-550. Doi: 10.1176/appi.ps.56.5.544
- Corrigan, P. & Watson, A. (2007). How children stigmatize people with mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 53, 526-546. Doi: 10.1177/0020764007078359
- Cotton, S. M., Wright, A., Harris, M. G., Jorm, A. F. (2006). Influence of gender on mental health literacy in young Australians. *Australian And New Zealand Journal of Psychiatry*, 40 (9), 790-796. Doi: 10.1111/j.1440-1614.2006.01885.x
- Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (Eds.) (1994). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Dixe, M. (2007). Prevalência das doenças do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 4, 559-569. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/aps/v25n4/v25n4a02.pdf>

- Direcção Geral da Saúde [DGS] (2006). A depressão é uma condição médica definida que afecta 20 por cento da população portuguesa. Aprenda a reconhecê-la [documento online]. Disponível em: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/saude+mental/depressao.htm>
- European Commission & Portuguese Ministry of Health (2010) [em linha]. Background document for the thematic conference - Promoting Social Inclusion and Combating Stigma for better Mental Health and Well-being. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/ev_20101108_bgdocs_en.pdf.
- Frigeri, A., Rucci, P., Goodman, R., Ammaniti, M., Carlet, O., Cavolina, P., De Girolamo, G., Lenti, C., Lucarelli, L., Mani, E., Martinuzzi, A., Micali, N. & Milone, A. (2009). Prevalence and correlates of mental disorders among adolescents in Italy: the PrISMA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18, 217-226. doi: 10.1007/s00787-008-0720-x
- Graffar (1956) cit in J. Almeida (2003). *Impacto dos factores psicológicos associados à adesão terapêutica, ao controlo metabólico e à qualidade de vida em adolescentes com Diabetes Tipo 1*. (Tese Doutoramento). Disponível em: http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10577/1/Tese_Doutoramento_Paulo_Almeida.pdf
- Halpern, R., & Figueiras, A. (2004). Influências ambientais na saúde mental da criança. *Jornal de Pediatria*, 80, 104-110. doi: 10.1590/S0021-75572004000300013
- Heidmann, I.T.S.B., Almeida, M.C.P., Boehs, A.E., Wosny, A.M. & Monticelli, M. (2006). Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto, Contexto, Enfermagem*, 15, 352-358. Disponível em: <http://www.redalyc.org/redalyc/pdf/714/71415221.pdf>
- Health Scotland Publish (2008). Stigma: a Guide Book for Action [em linha]. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/mental_health/eu_compass/policy_recommendations_declarations/stigma_guidebook.pdf
- Herrman, H., Saxena, S. & Moodie, R. (2005). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: report of the World Health Organization. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Howden-Chapman, P. (2003). Housing and inequalities in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 645–646. doi: 10.1136/jech.56.9.671

- Jané-Llopis, E., Barry, M., Hosman, C., & Patel, V. (2005). Mental health promotion works: a review. *Promotion & Education*, 2, 9-25. DOI: 10.1177/10253823050120020103
- Jané-Llopis, E. & Anderson, P. (Eds) (2006). *Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories*. Luxembourg: European Communities.
- Jorm, A., Korten, A., Jacomb, P., Christensen, H., Rodgers, B. & Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166, 182-186. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9066546>
- Jorm, A. (2011). Mental Health Literacy: empowering the community to take action for action for better mental health. Manuscript submitted for publication.
- Lauber, C., Nordt, C., Falcató, L. & Rössler, W. (2003). Do people recognise mental illness? Factors influencing mental health literacy. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253, 248–251. doi: 10.1186/1471-2458-5-44
- Loureiro, L., Dias, C. & Aragão, R. (2008). Crenças e Atitudes acerca das doenças e doentes mentais – Contributos para o estudo das representações sociais da loucura. *Revista Referência*, 8, 33-44. Disponível em: http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2118&id_rev=4&id_edicao=24
- Loureiro, L. (2011). Educação e Sensibilização para a saúde Mental – um portal da saúde mental para adolescentes e jovens. *Referência III Série – Suplemento* 2011, 836. http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CE8QFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.esenfc.pt%2Fevent%2Fadmin%2Finclude%2Fsecure_download.php%3Fid_file%3D2573%26hash%3DTZuU7tGGKXVX8Qm&ei=KKL4T6i2H9KEhQeOyZXPCg&usq=AFQjCNGugOQWQEWf15Pj33ajUPQatKpdzq&sig2=ll7A1GgecmSKNyoMdnDH3g
- Loureiro, L., Pedreiro, A., Correia, S. (2012) Tradução, Adaptação e Validação de um Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental (QuALiSMental) para Adolescentes e Jovens Portugueses a partir de um Focus Group. *Revista Investigação em Enfermagem*, 25, 42 – 48. Disponível em: http://www.esenfc.pt/ui/projectos/index.php?target=showContent&tipo=UI&id_pr

objecto=57&id_linha_investigacao=1&dado_pedido=ProdutividadeCientifica&tab=DC

- Manderscheid, R. W., Ryff, C. D., Freeman, E. J., McKnight-Eily, L. R., Dhingra, S., & Strine, T. W. (2010). Evolving definitions of mental illness and wellness. *Preventing chronic disease*, 7(1), A19. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2811514&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Matos, M., & Carvalhosa, S. (2001). Saúde mental e mal-estar físico na idade escolar [em linha]. Disponível em: <http://aventurasocial.com/2005/conteudos/publicacoes/saudemental.pdf>.
- Moreira, P., Melo, A., Pires, C., Crusellas, L. & Lima, A. (2005). *Saúde Mental – Do tratamento à prevenção*. Porto, Portugal: Porto Editora.
- Noar, S. (2006). A 10-year retrospective of research in health mass media campaigns: where do we go from here? *Journal Health Community*, 11, 21-42. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16546917>
- Northamptonshire Children & Young People's Partnership. Mental Health is Everybody's Business. Children and young people's mental health - A handbook for schools & other agencies in Northamptonshire [em linha]. Disponível em: <http://www.northamptonshire.gov.uk/en/councilservices/cyp/caf/Documents/PDF%20Documents/MentalHealthHandbookPublishedVersionJan2007.pdf>
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde* (2ªEd.). Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Oliveira, M., Filho, A., Schuch, T. & Mendonça, W. (2001). Sinais e Sintomas Sugestivos de Depressão em Adultos Com Hipotireoidismo Primário. *Arquivo Brasileiro Endocrinol Metab*, 45, 570-575. doi: 10.1590/S0004-27302001000600011.
- Oldenburg, A., Williams, J., McGonigal-Kenney, M., Maas, M. & Tripp-Reimer, T. (2007). Focus Group Process: Analysis of Group Interaction and Participant Insights. *Midwest Nursing Research Society Conference* [em linha]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10755/160234>
- Olsson, D. P. & Kennedy, M. G. (2010). Mental health literacy among young people in a small US town: recognition of disorders and hypothetical helping responses. *Early Intervention in Psychiatry*, 4, 291–298. doi: 10.1111/j.1751-7893.2010.00196.x
- OMS (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: World Health Organization.

- OMS (2001^a). Relatório Mundial da Saúde [em linha]. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf
- OMS (2001^b). Mental disorders affect one in four people [em linha]. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/en/index.html
- OMS (2004). Promoting Mental Health: concepts, emerging evidence, practice: summary report [em linha]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
- OMS (2008). Stigma: an international briefing paper. Tackling the discrimination, stigma and social exclusion experienced by people with mental health problems and those close to them. World Health Organization. Disponível em http://www.healthscotland.com/uploads/documents/6422-Stigma_An_International_Briefing_Paper_2704.pdf
- OMS (2010). Mental health: strengthening our response [em linha]. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>
- Palha, F., Guimarães, A., Castro-Henriques, M., Costa, N. & Campos, L. (2008). Stigmatization of people with mental illnesses: a preliminary study of university students' opinions. Poster apresentado no V Colóquio Internacional de Esquizofrenia do Porto. Disponível em: http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/3051/1/com-inter_2008_FEP_1581_Campos_Lu%C3%ADsa_03.pdf
- Papalia, D. E., Olds, S. W. & Feldman, R. D. (2001). *O Mundo da Criança*. Amadora, Portugal: McGrawhill.
- Patrick D. McGorry, Denzin, N. & Lincoln, Y. (Eds.), *Handbook of Qualitative Research*. California: Sage Publications Inc.
- Penn, D. L., Couture, S. M. (2002). Strategies for reducing stigma towards persons with mental illness. *World Psychiatry*, 1 (1), 20–21. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489812/>
- Pinfold, V., Toulmin, H., Thornicroft, G., Huxley, P., Farmer, P. & Graham, T. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *British Journal of Psychiatry*, 182, 142–146. doi: 10.1192/bjp.02.375
- Pollett, H. (2007). Mental Health Promotion : A Literature Review. Prepared for the Mental Health Promotion Working Group of the Provincial Wellness Advisory Council. Canada: Canadian Mental Health Association. Disponível em: <http://www.cmhanl.ca/pdf/Mental%20Health%20Promotion%20Lit.%20Review%20June%2018.pdf>

- Rethink (2008). Time to change: Mental Health Resource Pack. University of London: institute of Psychiatry.
- Rickwood, D., Cavanagh, S., Curtis, L., & Sakrouge, R. (2004). Educating young people about mental health and mental illness: Evaluating a school-based programme. *International Journal of Mental Health Promotion*, 6(4), 4-13. doi: 10.1186/1753-2000-2-18
- Rodrigues, V. & Madeira, M. (2009). Suporte social e saúde mental: Revisão da Literatura, *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde* 6, 2009, 390 - 399. Disponível em: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1293/2/390-399_FCS_06_6.pdf
- Spence, S., Burns, J., Boucher, S., Glover, S., Craetz, B., Kay, D., Patton, G. & Sawyer, M. (2005). The beyondblue schools research initiative: conceptual framework and intervention. *Child and Adolescent Psychiatry*, 13(2), 159-164. doi: 10.1080/j.1440-1665.2005.02180.x
- Sawyer, M. G., Pfeiffer, T. F., Spence, S. H., Bond, L., Graetz, B., Kay, D., Patton, G. & Sheffield, J. (2010). School-Based Prevention of Depression: A 2-Year Follow-up of a Randomized Controlled Trial of the beyondblue Schools Research Initiative. *Journal of Adolescents Health*, 47 (3), 297-304. doi: 10.1016/j.jadohealth.2010.02.007
- Schulze, B., Richter-Werling, M., Matschinger, H. & Angermeyer, M. C. (2003). Crazy? So what? Effects of a school project on student's attitudes towards people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 142–50.
- Strauss, A & Corbin, J. (1994). Grounded Theory Methodology: An Overview. In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 273-285).
- Stuart, H. (2006). Reaching out to highschool youth: the effectiveness of a video-based anti-stigma program. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(10), 647-654. Disponível em: <http://ww1.cpa-apc.org/Publications/Archives/CJP/2006/september/cjp-sept-06-stuart-OR.pdf>
- Kelly, C. M., Jorm, A. F. & Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Medical Journal of Australia*, 187, 26-30. Disponível em: <https://www.mja.com.au/journal/2007/187/7/improving-mental-health-literacy-strategy-facilitate-early-intervention-mental>
- Kitzinger, J. (1994). The methodology of focus groups: the importance of interaction between research participants. *Sociology oh Health & Illness*, 16 (1), 103-121. doi: 10.1111/1467-9566.ep11347023

- Watson, A., Otey, E., Westbrook, A., Qardner, A., Lamb, T., Corrigan, P. & Fenton, W. (2004). Changing Middle Schoolers' Attitudes About Mental Illness Through Education. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 563-572. Disponível em: <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/30/3/563.abstract>
- Wyn, J., Cahill, H., Holdsworth, R., Rowling, L. & Carson, S. (2000). MindMatters, a whole-school approach promotion mental health and wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 594-601. Doi: 10.1046/j.1440-1614.2000.00748.x

Anexos

**Anexo 1: Consentimento Informado dos Encarregados de
Educação**



CONSENTIMENTO INFORMADO

Participantes

Projeto: *Abrir Espaço à Saúde Mental - Promoção da saúde mental em adolescentes (12-14 anos).*

Eu, abaixo-assinado, compreendi a explicação que me foi dada sobre este projeto, bem como em que consiste a minha participação no mesmo:

1. Preencher um breve questionário sociodemográfico;
2. Participar num grupo de discussão, juntamente com outros colegas, em que vamos falar sobre os conhecimentos que temos sobre questões de saúde.

Fui informado que a discussão em grupo será gravada (apenas som).

Foi-me assegurado que estes dados são totalmente anónimos e confidenciais.

Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e para todas obtive resposta satisfatória.

Além disso, foi-me afirmado que tenho direito de recusar a todo o tempo a minha participação no projeto, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo.

Por isso, consinto participar neste projeto.

Data: ___ / ___ / ___

Anexo 2: Questionário Sociodemográfico



ABRIR ESPAÇO À SAÚDE MENTAL - Questionário Sociodemográfico

Data: ___ / ___ / ___

- 1 – Data de Nascimento ___/___/____; 2 – Género: Masculino Feminino
3 – Estado civil: Solteiro(a) Outro _____;
4 – Ocupação/ Profissão: Estudante Trabalhador-estudante: _____;
5 – Ano de escolaridade: 7º 8º 9º

6 – Ocupação dos tempos livres:

Desportivas Regularidade: 1x semana 2x semana +2x semana

Artísticas Regularidade: 1x semana 2x semana +2x semana

Outras ocupações: Leitura Televisão Cinema Internet Outra: _____

7 – Nacionalidade: Portuguesa Outra

8 – Concelho de Residência: _____

9 – Local:

Bairro residencial luxuoso Bom bairro residencial Rua Comercial

Bairro operário Bairro Social

10 – Conforto da habitação:

Casa ou andar luxuoso, espaçoso e com máximo de conforto

Casa ou andar bastante espaçoso e confortável

Casa ou andar modesto em bom estado de conservação

Casa, andar ou barraca impróprio. Coabitação de várias famílias

11 – Principal fonte de rendimento familiar:

Herança

Lucro de empresas

Salário Tipo ? Mensal Semanal Diário Tarefa

Subsídio Tipo ? Estatal Privado

12 - Agregado Familiar. Em relação às **pessoas com quem vives** indica:

Grau de parentesco	Idade	Habilitações Literárias (4º-12º ano; curso profissional, bacharelato, licenciatura, mestrado...)	Profissão	Situação profissional (empregado, desempregado, reformado, subsídio...)

Anexo 3: Consentimento Informado dos Alunos



CONSENTIMENTO INFORMADO

Participantes

Projeto: *Abrir Espaço à Saúde Mental - Promoção da saúde mental em adolescentes (12-14 anos).*

Eu, abaixo-assinado, compreendi a explicação que me foi dada sobre este projeto, bem como em que consiste a minha participação no mesmo:

1. Preencher um breve questionário sociodemográfico;
2. Participar num grupo de discussão, juntamente com outros colegas, em que vamos falar sobre os conhecimentos que temos sobre questões de saúde.

Fui informado que a discussão em grupo será gravada (apenas som).

Foi-me assegurado que estes dados são totalmente anónimos e confidenciais.

Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e para todas obtive resposta satisfatória.

Além disso, foi-me afirmado que tenho direito de recusar a todo o tempo a minha participação no projeto, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo.

Por isso, consinto participar neste projeto.

Data: ___ / ___ / ___

Anexo 4: Grelha de Monitorização do *Focus Group* Piloto

ABRIR ESPAÇO À SAÚDE MENTAL
Monitorização da realização dos Focus Groups-Piloto

1. Dados formais do grupo

Local: [REDACTED]	Moderadores: Júlio e Inês	
Data de realização 30 /09/2011		
Hora de início: 15h40	Hora de fim: 16h30	Tempo total de realização do grupo: 70 minutos
Ano lectivo: 7º ano	Número de participantes:10	
Outras observações: _____		

2. Aspectos formais da realização do grupo

Espaço físico no qual decorreu o grupo: Adequado
Cumprimento de regras: Existiram momentos em que o cumprimento da regra "falar um de cada vez" não se verificou, contudo, houve alguns desses momentos que chegaram a tornar-se mais ricos.
Outras observações gerais: _____

ABRIR ESPAÇO À SAÚDE MENTAL

Monitorização da realização dos Focus Groups-Piloto

3. Análise dos temas abordados

TEMAS	COMPREENSÃO DA(S) PERGUNTA(S)	ADEQUAÇÃO DAS PISTAS PARA COMPREENSÃO DAS QUESTÕES	DÚVIDAS/ DIFICULDADES
Definição de doença mental Sinais/comportamentos/outras designações	<i>Explícito</i>		
Causas e Riscos na doença mental	<i>Pouco Explícito</i>	<i>Úteis</i>	<i>Questões ao nível da utilização da linguagem por parte da moderadora</i>
Impacto da doença mental/consequências da doença mental	<i>Não realizada</i>		
Tratamento e Prognóstico	<i>Boa</i>	<i>Bem adequadas</i>	
Intenções comportamentais	<i>Boa</i>		
Definição de saúde mental e questões relacionadas com a sua promoção	<i>Razoável</i>		
Levantamento de necessidades e balanço do grupo de discussão	<i>Boa</i>		

ABRIR ESPAÇO À SAÚDE MENTAL

Monitorização da realização dos Focus Groups-Piloto

3. Análise dos temas abordados (continuação)

TEMAS	COMPREENSÃO DA(S) PERGUNTA(S)	ADEQUAÇÃO DAS PISTAS PARA COMPREENSÃO DAS QUESTÕES	DÚVIDAS/ DIFICULDADES
Levantamento de informações sobre interesses gerais (música, literatura, filmes/séries, jogos, redes sociais, personalidades).	<i>Bom</i>		
Levantamento de informações sobre formas de ocupação dos tempos livres	<i>Bom</i>		

ABRIR ESPAÇO À SAÚDE MENTAL

Monitorização da realização dos Focus Groups-Piloto

4. Características gerais do grupo

CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO	OBSERVAÇÕES
<p>Tipo de grupo e.g.</p> <ul style="list-style-type: none">• Activo/ passivo;• Interessado/desinteressado;• Dominância/passividade de algum(ns) elemento(s);• Questões de desejabilidade social;• Outras.	<p><i>Grupo activo e interessado, todavia, existem três elementos com maior dominância de participação, existindo, também, outros dois elementos com uma participação quase nula.</i></p> <p><i>Na questão em torno do “conhecimento de alguém próximo com doença mental” notou-se alguma desejabilidade social.</i></p>
<p>Aspectos contextuais (salientar, se necessário, algum aspecto específico de algum elemento)</p>	
<p>Outros aspectos a salientar</p>	

ABRIR ESPAÇO À SAÚDE MENTAL
Monitorização da realização dos Focus Groups-Piloto

5. Objectivos e balanço geral do grupo

CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO	OBSERVAÇÕES
<p>Os objectivos foram atingidos?</p> <p>Foi possível perceber quais as ideias/conhecimentos que o grupo tinha sobre os diferentes temas trabalhados?</p> <p>Foi possível realizar o levantamento de crenças e mitos negativos associados aos temas trabalhados?</p> <p>Foi possível identificar quais as possíveis barreiras existentes neste grupo específico?</p>	<p><i>Foi possível perceber as ideias do grupo cumprindo-se, assim, a generalidade dos objectivos, ainda que não tenha sido abordado o “impacto da doença mental”.</i></p> <p><i>Neste grupo são visíveis as crenças em torno dos temas.</i></p> <p><i>Não sei se a dominância de um dos elementos poderá ter condicionado a escuta e a participação de outros.</i></p>
<p>Impressão geral</p>	<p><i>Foi um grupo bastante participativo e, penso que, bastante rico, na medida em que transpareceu crenças interessantes e frutuosas, bem como um grande conhecimento dúbio ou certo, dependendo das participações, do tema.</i></p>
<p>Outros aspectos a salientar</p>	

ABRIR ESPAÇO À SAÚDE MENTAL
Monitorização da realização dos Focus Groups-Piloto

6. Auto-avaliação do moderador

Moderador 1: Inês

“Como me senti, enquanto moderador?”

Descrição: Senti-me tranquila e à vontade. Ter o Júlio como “suporte-último” deu-me alguma segurança.

Aspectos positivos do desempenho: Nada a referir.

Aspectos menos positivos do desempenho: Falhar uma parte do guião.

Moderador 2: Júlio

“Como me senti, enquanto moderador?”

Descrição: Senti-me bem no papel de assistente porque permite ter uma visão mais distanciada do rumo da conversa.

Aspectos positivos do desempenho: Consegui reformular quando foi necessário e estive sempre atento para intervir oportunamente se a oportunidade surgisse.

Aspectos menos positivos do desempenho: Não tenho nenhum a destacar.

Anexo 5: Guião do *Focus Group*



ABRIR ESPAÇO À SAÚDE MENTAL - Guião dos *Focus Groups*

1. Apresentação breve

“Bom dia a todos, o meu nome é (...) e o do meu colega é (...).

Somos alunos da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa e estamos a fazer um trabalho para o qual é importante a vossa ajuda. Em termos gerais, gostaríamos de perceber o que é que vocês pensam e sabem sobre as perturbações mentais.

A vossa participação nestes grupos foi feita a partir de um sorteio, isto é, ao acaso.

Queremos, desde já, agradecer o facto de estarem aqui connosco, durante a próxima 1h30min.

Vamos começar por vos convidar a preencherem um questionário breve, anónimo, constituído por questões que dizem respeito a vocês, bem como às pessoas com quem vocês moram.

É, ainda, importante que saibam que o nosso objectivo não é perceber o que é que a Joana ou o João pensam/sabem, mas sim o que é que jovens da vossa idade pensam/sabem. No fundo, vocês desempenharão o papel de “porta-vozes” dos jovens da vossa idade.

Posteriormente, vamos voltar aos lugares para darmos início a uma discussão sobre alguns temas relacionados com a saúde e a doença mental. Para que possamos prestar-vos o máximo de atenção neste momento, a nossa conversa vai ser gravada. Neste sentido, para que a gravação fique perceptível pedíamos que falassem um de cada vez. ”

2. Quebra-gelo

Para dar início à nossa conversa vamos partir de uma história verídica, nomeadamente de um vizinho meu. É um senhor de cerca de 50 anos que passa os dias sempre no mesmo banco de jardim. No Verão ou no Inverno, usa sempre um casaco muito quente e grosso, camisa apertada até cima e umas botas de montanha velhas. Nunca o vi a conversar com ninguém, só com o cão, com as árvores e as flores, dizendo frases como “Eles inseriram *microchips* em nós, mas se unirmos as nossas forças vamos despistá-los” ou “Estás a vê-lo, ali de preto? Está a tentar programar um sistema para comandar as nossas mentes”. No outro dia, uma amiga minha contou-me que o irmão dela estava com os amigos a jogar à bola ali no jardim, quando o senhor foi ter com eles, deu um pontapé na bola atirando-a para longe enquanto gritava “esta bola vai autodestruir-se dentro de 10 segundos, todas as forças do universo uniram-se!”.

3. Questões de partida	Pistas
<ul style="list-style-type: none">• O que vos chama a atenção nesta história?	<ul style="list-style-type: none">• O que é que vocês pensam sobre isto? O que é vos fez pensar dessa forma?• À vossa volta, em algum outro momento ou situação, já identificaram comportamentos semelhantes a estes?

DOMÍNIO	CONCEITO	QUESTÕES	PISTAS
Doença Mental	Definição de DM	❖ Qual a ideia que vos surge quando pensam em alguém que tem uma <i>doença mental</i> ?	<ul style="list-style-type: none"> ❖ É possível percebermos se uma pessoa tem uma <i>doença mental</i>? Como? De que forma? ❖ Há sinais ou pistas que nos levam a concluir que uma pessoa tem uma <i>doença mental</i>? Se sim, quais? ❖ Existem diferenças entre doença física e doença mental? ❖ Se tivessem que utilizar 3 palavras para definir/caracterizar uma pessoa com uma <i>doença mental</i> que palavras escolheriam? ❖ Que doenças mentais existem?
	Prevalência	❖ Qualquer pessoa pode desenvolver uma <i>doença mental</i> ?	❖ Todas as pessoas podem ter uma <i>doença mental</i> ou é algo que acontece só a algumas pessoas? Porquê?
	Causas	❖ O que acham que pode contribuir para termos uma <i>doença mental</i> ?	<ul style="list-style-type: none"> ❖ De onde vem a <i>doença mental</i>? ❖ Na vossa opinião, há razões/motivos específicos que façam com que uma pessoa desenvolva uma <i>doença mental</i>? ❖ Uma pessoa já nasce com uma <i>doença mental</i> ou é algo que surge mais tarde? ❖ Por que é que umas pessoas têm/desenvolvem uma <i>doença mental</i> e outras não? Quais as razões?

DOMÍNIO	CONCEITO	QUESTÕES	PISTAS
Doença Mental (cont.)	Consequências	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Quais as consequências de uma DM? ❖ O que implica ter uma DM? 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ter uma doença mental é algo que tem consequências na vida de uma pessoa? Que tipo de consequências? Estas consequências têm impacto ao nível da escola, trabalho, na família ou nas relações com os amigos? ❖ Sabemos que uma pessoa que sofreu, por exemplo, um AVC por vezes fica com o braço esquerdo paralisado, pode não conseguir falar e, por isso, tem que fazer fisioterapia. Como tem maior risco de ter novos AVC's deve ter uma alimentação cuidada e fazer exercício físico – são estas as consequências desta doença física. Conseguem dar-me algum exemplo das consequências de uma doença mental?
	Prognóstico	<ul style="list-style-type: none"> ❖ A doença mental tem tratamento? ❖ Qual o prognóstico de uma pessoa com uma doença mental? ❖ A doença mental tem cura? 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Uma pessoa com uma doença mental pode (voltar a) ter uma vida igual à das outras pessoas? Como? ❖ Existe cura para a doença mental? ... se sim, existe cura para todas? ... se não, não existe cura para nenhuma?
	Intenções comportamentais	<ul style="list-style-type: none"> ❖ O que aconteceria se, num determinado momento, soubessem que alguém próximo de vocês, por exemplo família ou amigos, tem uma doença mental? 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Como acham que se sentiriam se algum familiar ou amigo vosso tivesse uma doença mental? O que pensariam? Nesse sentido, como acham que reagiriam/ o que fariam? Haveria alguma coisa que se pudesse fazer para ajuda-lo?

DOMÍNIO	CONCEITO	QUESTÕES	PISTAS
Saúde Mental	Definição	❖ Qual a ideia que vos surge quando pensam em alguém com saúde mental?	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Há sinais ou pistas que permitem perceber que uma pessoa tem saúde mental? Se sim, quais? ❖ Existem diferenças entre saúde física e saúde mental? ❖ Se tivessem que utilizar 3 palavras para definir/caracterizar uma pessoa com saúde mental que palavras escolheriam?
	Factores protectores/ Promotores	❖ Do que depende a nossa saúde mental?	<ul style="list-style-type: none"> ❖ O que faz com que tenhamos saúde mental? ❖ A nossa saúde mental depende só de nós ou daqueles que nos rodeiam? Em que sentido? Conseguem dar-me algum exemplo? ❖ O que acham que podemos fazer para mantermos a nossa saúde mental? ❖ Sabemos que para mantermos os dentes sem cáries e brancos temos que lavar bem os dentes. Há alguma coisa que possamos fazer para manter a nossa saúde mental, isto é, para lavarmos “os dentes da nossa cabeça”? O quê? ❖ Há alguma forma de ajudarmos os que nos rodeiam, família e/ou amigos, a promoverem/manterem/protegerem a sua saúde mental?
	Implicações	❖ O que é que a saúde mental nos permite?	<ul style="list-style-type: none"> ❖ De que é que acham que depende a saúde mental? ❖ Como se sente uma pessoa com saúde mental?

DOMÍNIO	CONCEITO	QUESTÕES	PISTAS
Acções de Sensibilização	Contacto prévio	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Já alguma vez tinham parado para pensar sobre estas questões? ❖ Alguma vez tinham discutido questões relacionadas com a saúde e a doença mental? 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Se sim, procuraram, de alguma forma, mais informação? ❖ Se sim... <ul style="list-style-type: none"> ... Onde? ... Com quem? ... De que forma? ... O que discutiram?
	Interesse na participação	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Se um grupo estivesse a pensar criar encontros com vocês na escola, para falar sobre saúde e doença mental, o que achavam? 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Na vossa opinião, é relevante/faz sentido falar sobre estas questões de saúde e doença mental? Porquê? ❖ Participariam no projecto? Diriam aos vossos amigos para participarem?
	Formato das sessões	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Partindo da ideia de que, de facto, alguém estava a pensar criar um projecto centrado na saúde e doença mental na vossa escola, como acham que este projecto deveria ser? 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Quem deveria participar? ❖ O que deveria ser trabalhado nas sessões? ❖ Se tivessem que escolher 3 “temas” relacionados com a saúde ou doença mental o que escolheriam? ❖ De que forma é que deveriam ser desenvolvidos/trabalhados os temas?

DOMÍNIO	CONCEITO	QUESTÕES	PISTAS
Interesses globais	Música	❖ Qual o vosso tipo de música preferido?	❖ Quais as vossas bandas/ músicos preferidos? Há alguma música em particular de que gostem mais?
	Literatura	❖ Qual o vosso género de livros preferido?	❖ Têm algum livro preferido? E neste momento, estão a ler algum livro?
	Filmes/Séries	❖ Têm algum filme preferido? E série?	❖ Neste momento estão a seguir alguma série? O que estão a achar? ❖ De todos os que já viram, qual o vosso filme preferido? E série?
	Jogos	❖ Têm algum jogo preferido (informático, desporto,...)?	❖ Se sim... ...com que frequência costumam jogá-lo? ...sozinhos ou acompanhados?
	Redes sociais	❖ Utilizam alguma rede social?	❖ Se não... ...mas já utilizaram alguma? Qual? ❖ Se sim... ...qual? Com que frequência?

DOMÍNIO	CONCEITO	QUESTÕES	PISTAS
Interesses globais (cont.)	Personalidades	❖ Se vos pedissem para pensarem em alguma personalidade, a nível nacional ou internacional, de qualquer área (cinema, música, desporto, artes, etc.) que seja uma referência, um modelo ou que, de alguma forma, vos marque em quem pensariam?	❖ Em que medida é que essa pessoa é uma referência para ti?
Ocupação do tempo livre	Actividades de lazer	❖ Quando não têm nada para fazer, como costumam ocupar esse tempo livre?	❖ O que fazem quando, por exemplo, já terminaram todos os TPC's? E à noite, depois de jantar?

QUEBRA-GELO
História / Excerto de filme



QUESTÕES DE PARTIDA
O que pensam sobre?
Em algum momento, identificaram ks semelhantes?



DOENÇA MENTAL

SINAIS

PREVALÊNCIA

CAUSAS

IMPACTO

PROGNÓSTICO



SAÚDE MENTAL



SINAIS

FACT. PROMOTORES

IMPLICAÇÕES



INTENÇÕES COMP.

Anexo 6: Pedido de Autorização MIME

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA

https://www.fct.mctes.pt/fctsig/contents/c030401/images/FCT_logo_oficis_v2011.png 26-04-2012



Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar

Início » Consultar inquéritos » **Ficha de inquérito**

Identificação da Entidade / Interlocutor

Nome da entidade:
Faculdade de Educação e Psicologia - Universidade Católica Portuguesa

Nome do Interlocutor:
Marta Luísa Brites Pereira Coelho Vieira de Campos

E-mail de interlocutor:
abrir_saude mental@uport.ucp.pt

Faculdade de Educação e Psicologia - Universidade Católica Portuguesa

[Sair](#)

- Área reservada
- Dados da entidade
 - Consultar inquéritos
 - Registrar inquérito
 - Instruções

- Início
- **Reservar inquéritos**

Dados do Inquérito

Número de registo:
0128600003

Designação:
Abrir Espaço à Saúde Mental - Promoção da saúde mental em adolescentes (12-14 anos) - desenvolvimento e avaliação da eficácia de uma intervenção

Descrição:
Segundo o Global Burden of Disease [1], as perturbações mentais contribuem, aproximadamente, em 12% para o burden global da doença, prevendo-se que este valor atinja os 15% em 2020 [2]. De acordo com o World Health Report 2001, pelo menos 1 em cada 5 jovens sofre de problemas de desenvolvimento emocional ou comportamentais [2]. Neste sentido, a prevenção e o tratamento de problemas de saúde mental, bem como a promoção da saúde mental e do bem-estar psicológico de crianças e jovens assume-se como uma prioridade ao nível da saúde pública [2].
A escola surge como contexto privilegiado de acesso aos jovens [4]. Com base no Plano Nacional de Saúde Escolar [5], todas as escolas deverão ser Escolas Promotoras da Saúde, contemplando a mobilização de recursos e a criação de oportunidades que favoreçam não só a saúde física, como também a saúde mental. Contudo, considerando a literatura disponível, em Portugal, o único projecto de intervenção em meio escolar, desenvolvido de forma estruturada, com o objectivo de estudar questões relacionadas com a saúde mental e o estigma associado às perturbações mentais junto de jovens e o "UPH Faz a Diferença" [6, 7] - projecto implementado pela ENCONTRAR-SE, uma IPSS que visa contribuir para o desenvolvimento dos serviços de saúde em Portugal.
Face ao exposto, a Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa (FEU-UCP), com financiamento da Fundação para a Ciência e Tecnologia (PTDC/PSI-PG/112526/2006), encontra-se a desenvolver o projecto Abrir Espaço à Saúde Mental - Promoção da saúde mental em adolescentes (12-14): desenvolvimento e avaliação de uma intervenção, tendo por objectivos gerais 1) desenvolver e avaliar a eficácia de uma intervenção de promoção da "mental health literacy" e de redução do estigma associado às perturbações mentais junto de jovens com idades compreendidas entre os 12 e os 14 anos; 2) desenvolver um instrumento de avaliação rigoroso, capaz de avaliar a "mental health literacy", bem como as percepções estigmatizantes face à perturbação mental.
O projecto decorrerá ao longo de 3 anos, compreendendo várias etapas, designadamente: a) realização de Focus Groups; b) implementação de um estudo-piloto; c) desenvolvimento de acções de sensibilização pré-saúde mental e d) follow-up.
Assim, visando o desenvolvimento de um instrumento de avaliação eficaz da "mental health literacy" e das percepções estigmatizantes associadas às perturbações mentais, bem como o desenvolvimento de uma intervenção de promoção da saúde mental junto de jovens, entre os meses de Novembro e Dezembro de 2011, serão desenvolvidos 3 Focus Groups, isto é, grupos de discussão sobre saúde e doença mental, com alunos (N=30) da mesma faixa etária daqueles que depois serão alvo de intervenção (12 a 14 anos), no Colégio Nossa Senhora do Rosário - 1ª etapa do projecto.
Posteriormente, com o objectivo de avaliar a validade do instrumento de avaliação e a adequação das acções de sensibilização pré-saúde mental desenvolvidas, com base nas informações obtidas dos Focus Groups, realizar-se-á um estudo-piloto junto de uma amostra de 30 alunos, da mesma faixa etária daqueles que, depois serão alvo de intervenção (12 a 14 anos), do Colégio Nossa Senhora do Rosário - 2ª etapa do projecto.
A etapa seguinte dará respeito à implementação da intervenção - constituída por duas sessões de sensibilização, com duração de cerca de 2h cada, realizadas com intervalo de uma semana, junto de cerca de 450 alunos do 3º ciclo, de 8 escolas da Zona Norte de Portugal, nomeadamente, Escola Secundária Garcia de Orta, Escola Secundária da Senhora da Hora, Escola Secundária com 3º ciclo do ensino básico Clara de Resende, Escola Secundária da Trofa, Colégio Nossa Srª do Rosário, INED Navegadora, Colégio de Nossa Srª de Lourdes e Externato Ribadouro. As sessões centrar-se-ão nos conceitos de "mental health literacy" e de estigma associado às perturbações mentais, seguindo uma metodologia interactiva, com recurso a dinâmicas de grupo e música, promovendo o debate e o esclarecimento de dúvidas por parte dos participantes. Com o objectivo de avaliar a eficácia da intervenção, os alunos preencherão o questionário mencionado anteriormente, no início da primeira sessão e no final da segunda - 3ª etapa do projecto. Seis meses após a participação nas acções de sensibilização, será realizado um follow-up - 4ª etapa do projecto.
De referir que a autorização por parte da Direcção das escolas acima mencionadas se encontra dependente

do parecer favorável da Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC), designadamente da aprovação de MIME.

Objectivos:

Objectivos Gerais do Projecto "Abrir espaço à saúde mental": 1) desenvolver e avaliar a eficácia de uma intervenção de promoção da "mental health literacy" e da redução do estigma associado às perturbações mentais junto de jovens com idades compreendidas entre os 12 e os 14 anos; 2) desenvolver um instrumento de avaliação rigoroso, capaz de avaliar a "mental health literacy", bem como as percepções estigmatizantes face à perturbação mental.

Objectivos dos Focus Groups (1ª etapa do projecto "Abrir espaço à saúde mental"): O objectivo do desenvolvimento de Focus Groups prende-se com o conhecimento dos conhecimentos dos jovens sobre questões relacionadas com saúde e doença mental, estigma associado à doença mental e, por fim, com a pertinência do desenvolvimento de uma intervenção sistematizada ao nível da promoção da saúde mental e redução de estigma junto de alunos do 2º ciclo.

Objectivos do Estudo-Piloto (2ª etapa do projecto "Abrir espaço à saúde mental"): avaliar a validade do instrumento de avaliação e a adequação das ações de sensibilização pró-saúde mental desenvolvidos (através da 1ª etapa do projecto).

Objectivos de Implementação da Intervenção (3ª etapa do projecto "Abrir espaço à saúde mental"): avaliar a eficácia de uma intervenção de promoção da "mental health literacy" e de redução do estigma associado às perturbações mentais junto de 450 jovens, com idades compreendidas entre os 12 e os 14 anos.

Objectivos do follow-up (4ª etapa do projecto "Abrir espaço à saúde mental"): avaliar a eficácia da intervenção, no final de 6 meses.

Periodicidade:

Portugal

Data do início do período de recolha de dados:

07-11-2011

Data do fim do período de recolha de dados:

30-11-2013

Universo:

1ª etapa) Focus groups: 30 alunos do 3º ciclo do ensino básico; 2ª etapa) Estudo-piloto: 30 alunos do 3º ciclo do ensino básico; 3ª e 4ª etapas) Implementação da intervenção e Follow-up: 450 alunos do 3º ciclo ensino básico.

Unidade de observação:

alunos do 3º ciclo do ensino básico (7º, 8º e 9º anos)

Método de recolha de dados:

Consentimentos informados e questionários socio-demográficos – todas as etapas; Guia Focus groups – 1ª etapa; Questionário de avaliação "mental health literacy" e das percepções estigmatizantes face à perturbação mental – 2, 3ª e 4ª etapas.

Inquérito registado no Sistema Estatístico Nacional:

Não

Inquérito aplicado pela entidade:

Sim

Instrumento de inquirição:

01288_201107041729_Documento1.zip (ZIP - 280,43 KB)

Nota metodológica:

Outros documentos:

01288_201107041729_Documento5.pdf (PDF - 208,55 KB)

Data de registo:

18-10-2011

Versão:

2 (2)

Dados adicionais:

Estado:

Aprovado

Avaliação:

Exmota) Senhora) Dr(a) Maria Luísa Brites Pereira Coelho Vieira de Campos

Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é autorizado uma

vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos de qualidade técnica e metodológica para tal devendo, no entanto, ter em atenção as observações aduzidas.
Com os melhores cumprimentos
Isabel Oliveira
Directora de Serviços de Inovação Educativa
DGDC

Observações:

- a) Deverá ser obtida a autorização expressa dos encarregados de educação dos alunos com menos de 18 anos a inquirir.
- b) Nos procedimentos a efectuar no âmbito deste projecto devem ser respeitadas todas as considerações da Comissão Nacional de Protecção de Dados, inscritas na autorização nº 11098/2011.

Outras observações:

Sem observações.

| Voltar | Versão 1 | Versão 2 |

Anexo7: Grelha de Monitorização do *Focus Group*

ABRIR ESPAÇO À SAÚDE MENTAL
Monitorização da realização dos Focus Groups-Piloto

1. Dados formais do grupo

Local: [REDACTED] Moderadores: Júlio e Inês

Data de realização 26 / 10 / 2011

Hora de início: 15h50 Hora de fim: 18h20 Tempo total de realização do grupo: 11h40

Ano lectivo: 7º ano Número de participantes: 8

2. Aspectos formais da realização do grupo

Espaço físico no qual decorreu o grupo: adequado

Cumprimento de regras: Inicialmente bem estabelecidas.

ABRIR ESPAÇO À SAÚDE MENTAL
Monitorização da realização dos Focus Groups-Piloto

3. Análise dos temas abordados

TEMAS	COMPREENSÃO DA(S) PERGUNTA(S)	ADEQUAÇÃO DAS PISTAS PARA COMPREENSÃO DAS QUESTÕES	DÚVIDAS/ DIFICULDADES
Definição de doença mental Sinais/comportamentos/outras designações	Boa		Dificuldade em centrar a temática face a situações vividas.
Causas e Riscos na doença mental	Boa		

ABRIR ESPAÇO À SAÚDE MENTAL
Monitorização da realização dos Focus Groups-Piloto

3. Análise dos temas abordados (continuação)

TEMAS	COMPREENSÃO DA(S) PERGUNTA(S)	ADEQUAÇÃO DAS PISTAS PARA COMPREENSÃO DAS QUESTÕES	DÚVIDAS/ DIFICULDADES
Impacto da doença mental/consequências da doença mental	Não abordada enquanto questão mas referida ao longo do diálogo.		
Tratamento e Prognóstico	Boa		
Intenções comportamentais	Boa	Muito boa	
Definição de saúde mental e questões relacionadas com a sua promoção	Boa	Boa	
Levantamento de necessidades e balanço do grupo de discussão	Pouco explorada		Dificuldade na gestão de tempo

Levantamento de informações sobre interesses gerais (música, literatura, filmes/séries, jogos, redes sociais, personalidades).	Pouco explorada		Dificuldade na gestão de tempo
Levantamento de informações sobre formas de ocupação dos tempos livres	Não abordada		Dificuldade na gestão de tempo

ABRIR ESPAÇO À SAÚDE MENTAL

Monitorização da realização dos Focus Groups-Piloto

4. Características gerais do grupo

CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO	OBSERVAÇÕES
<p>Tipo de grupo</p> <p>e.g.</p> <ul style="list-style-type: none">• Activo/ passivo;• Interessado/desinteressado;• Dominância/passividade de algum (ns) elemento (s);• Questões de desejabilidade social;• Outras.	<ul style="list-style-type: none">• Grupo bastante activo e interessado na partilha• Notou - se a dominância de três elementos do género masculino• Não se verificaram grandes questões de desejabilidade embora se tenham demarcado o interesse da aceitação face a outros elementos
<p>Aspectos contextuais</p> <p>(salientar, se necessário, algum aspecto específico de algum elemento)</p>	
<p>Outros aspectos a salientar</p>	

ABRIR ESPAÇO À SAÚDE MENTAL
Monitorização da realização dos Focus Groups-Piloto

5. Objectivos e balanço geral do grupo

CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO	OBSERVAÇÕES
<p>Os objectivos foram atingidos?</p> <p>Foi possível perceber quais as ideias/conhecimentos que o grupo tinha sobre os diferentes temas trabalhados?</p> <p>Foi possível realizar o levantamento de crenças e mitos negativos associados aos temas trabalhados?</p> <p>Foi possível identificar quais as possíveis barreiras existentes neste grupo específico?</p>	<p>O grupo apresentou concepções que correspondem aos objectivos delineados para os diferentes assuntos</p> <p>Principalmente em torno da depressão e Trissomia 21, o grupo verbalizou crenças erróneas.</p> <p>Foi um grupo bastante participativo, chegando a verificar-se uma certa confusão na sua dinâmica devido ao empenho em partilhar ideias/ conhecimentos.</p>
<p>Impressão geral</p>	<p>Oportunidade de recolha de dados bastante rica.</p>
<p>Outros aspectos a salientar</p>	

ABRIR ESPAÇO À SAÚDE MENTAL
Monitorização da realização dos Focus Groups-Piloto

6. Auto-avaliação do moderador

Moderador 1: Inês Silva

“Como me senti, enquanto moderador?”

Descrição: Experiência positiva, embora comparativamente ao *Focus Group* Piloto, não se tenha revelado a melhor.

Aspectos positivos do desempenho: Desta vez, a minha capacidade de flexibilização aos temas pareceu-me mais natural, fluente.

Aspectos menos positivos do desempenho: em alguns momentos “aflita” com o descontrolo do grupo.

Anexo 8: Sistema de Categorias do *Focus Group*

<p>1. <u>Definição de Doença Mental</u></p>	<p>Inserir-se nesta categoria toda a informação relativa aos conhecimentos dos participantes face às perturbações mentais, onde se inclui: (1.1) características e sintomas, (1.2) causas, (1.3) consequências, (1.4) factores de prevenção, (1.5) factores de risco, (1.6) factores precipitantes, (1.7) factores promotores, (1.8) impacto da doença mental do outro (próximo), (1.9) impacto da doença mental do outro (desconhecido), (1.10) impacto da doença mental na comunidade, (1.11) impacto da doença mental no próprio, (1.12) problemas de saúde mental não associados como tal, (1.13) problemas enunciados como de saúde mental, (1.14) prognóstico, (1.15) proximidade, (1.16) terminologia e (1.17) vulnerabilidade.</p>	
<p>1.1. Características e Sintomas</p>	<p>Inserir-se nesta categoria toda a informação relativa ao conhecimento dos participantes face às características e sintomas das perturbações mentais, onde se inclui: (1.1.1) anormalidade, (1.1.2) atirar e ou danificar objectos, (1.1.3) bater em pessoas, (1.1.4) chamar à atenção, (1.1.5) comportar-se de forma diferente, (1.1.6) danos cerebrais, (1.1.7) dificuldades em pronunciar palavras, (1.1.8) dúvidas, (1.1.9) embotamento afectivo, (1.1.10) esquecimento, (1.1.11) estranheza, (1.1.12) falar com objectos/elementos naturais, (1.1.13) fazer figuras tristes, (1.1.14) gritar com pessoas, (1.1.15) imobilidade, (1.1.16) infelicidade ou tristeza, (1.1.17) início de consumos, (1.1.18) isolamento, (1.1.19) não comer, (1.1.20) não falar, (1.1.21) não ouvir o que lhe dizem, (1.1.22) não quer ou não consegue pensar, (1.1.23) não quer estar ali, (1.1.24) necessidade de partilha de sentimentos & emoções, (1.1.25) necessidade de amor, (1.1.26) normalidade, (1.1.27) pensamentos diferentes ou estranhos, (1.1.28) pensar mais, (1.1.29) sem abrigo, (1.1.30) solidão, (1.1.31) ter dificuldades cognitivas, (1.1.32) ter uma falha e (1.1.33) viver no seu mundo.</p>	
<p>1.1.1. Anormalidade</p>	<p>Inserir-se nesta categoria toda a informação relativa à anormalidade enquanto características/sintomas pelos participantes a propósito da pessoa com doença mental.</p>	<p>“(…) faziam esses comportamentos anormais de... de... estar com falta de saúde mental e pronto.” (P. Masculino)</p>

1.1.2. Atirar e ou danificar objectos	Insere-se nesta categoria toda a informação relativa aos actos violentos que integram o arremesso de objectos enquanto características/sintomas referidos pelos participantes a propósito da pessoa com doença mental.	“Há um colega nosso que anda no sexto ano, que tem um prolema mental e ele, por exemplo, durante a eucaristia, ele às vezes levantava-se, atirava com a cadeira, (...)” (P. masculino)
1.1.3. Bater em pessoas	Insere-se nesta categoria toda a informação relativa à agressão física enquanto características/sintomas referidos pelos participantes a propósito da pessoa com doença mental.	“(...) batia e às vezes molhava, e ... fazia assim esses comportamentos anormais (...)” (P. Masculino)
1.1.4. Chamar à atenção	Insere-se nesta categoria toda a informação relativa à atenção requerida pelo sujeito enquanto características/sintomas referidos pelos participantes a propósito da doença mental.	“(...) deve ter algum problema mental ou então perdeu a família e, quando a perdeu não teve ajuda e agora precisava de uma pessoa para desabafar e só tem o cão e as plantas, e acho que ele está a chamar à atenção, entre aspas, para que alguém o ajude e que desabafe um bocado com ele.” (P. Masculino)
1.1.5. Comportar-se de forma diferente	Insere-se nesta categoria toda a informação relativa à alteração do comportamento considerada pelos participantes como características/sintomas de doença mental.	“ Olha, no colégio, se calhar ele já não se comportava ou brincava tanto como brincava, isso, vocês se calhar notaram. Em casa, ele era uma pessoa completamente diferente, (...)” (P.Masculino)
1.1.6. Danos cerebrais	Insere-se nesta categoria toda a informação relativa a danos cerebrais	“(...) os filhos nasceram já com deficiências, que

	enquanto características/sintomas referidos pelos participantes a propósito da pessoa com doença mental.	normalmente é sempre numa certa parte do cérebro, pronto, pode estar danificado, pode ficar morta, e então decair mais e desencadear certos sintomas.” (P. Masculino)
1.1.7. Dificuldade em pronunciar palavras	Inserir-se nesta categoria toda a informação relativa à dificuldade em pronunciar palavras enquanto características/sintomas referidos pelos participantes a propósito da pessoa com doença mental.	“(…) tem Trissomia 21 e, por exemplo ele, não consegue pronunciar muito bem as palavras e tal...” (P. Masculino)
1.1.8. Dúvidas	Inserir-se nesta categoria toda a informação relativa a dúvidas que foram surgindo ao longo do discurso dos participantes em torno do que seriam características/sintomas da pessoa com doença mental.	(P. Feminino) “Ok... Esse menino que tem um irmão é autista, então uma vez... A mãe é muito amiga da minha mãe. Então uma vez, nós fomos a casa dela, e eu tava a entrar e eu chamei-o, fui cumprimentar, eu cumprimentei-a, cumprimentei os filhos, fui cumprimentar um, outro e depois fui cumprimentar o menino, porque eu não sabia que ele era autista, eu não sabia, e depois fui logo cumprimenta-lo e ele... ele ignorou-me... Depois a mãe chamou-o e ele ignorou na mesma, parecia que não estava lá ninguém, parecia que só existia ele, ali. Então depois, sempre que a mãe quisesse que ele fizesse alguma coisa, a mãe tinha que ... quase pegar nele. Se a mãe fosse lá e “vem-me

		ajudar a pôr a mesa”, por exemplo, ele, ele parecia que não estava lá ninguém. (P. Masculino) Mas é sempre? Mas ele é sempre assim?”
1.1.9. Embotamento afectivo	Inserir-se nesta categoria toda a informação relativa ao embotamento afectivo enquanto características/sintomas referidos pelos participantes a propósito da doença mental.	“Por exemplo, não brinca com ninguém, à mãe não a abraça, não lhe dá beijos na cara nem nada...” (P. Masculino)
1.1.10. Esquecimento	Inserir-se nesta categoria toda a informação relativa ao esquecimento enquanto características/sintomas referidos pelos participantes a propósito da doença mental.	“O Alzheimer é só te esqueceres das coisas...” (P. Masculino)
1.1.11. Estranheza	Inserir-se nesta categoria toda a informação relativa à estranheza enquanto características/sintomas referidos pelos participantes a propósito da doença mental.	“(…) quando olhei para trás estava o senhor a falar com a piza, a perguntar se ela estava bem, a contar-lhe coisas da vida. Foi muito estranho.” (P. Feminino)
1.1.12. Falar com Objectos ou Elementos Naturais	Inserir-se nesta categoria toda a informação relativa ao discurso dirigido a objectos ou elementos naturais não racionais enquanto características/sintomas referidos pelos participantes a propósito da pessoa com doença mental.	“(…) começou a ter problemas mentais e dorme na rua e fala sempre com objectos, não com pessoas.” (P. Feminino)
1.1.13. Fazer Figuras Tristes	Inserir-se nesta categoria toda a informação relativa ao comportamento	“(…)hum... algumas figuras tristes mesmo para

	menos adequado (“figuras tristes”) enquanto características/sintomas referidos pelos participantes a propósito da pessoa com doença mental.	toda a gente. Houve uma vez em que ele saiu mesmo nu da casa de banho e...e foi assim. Ele é um miúdo um bocado doente (...)” (P. Masculino)
1.1.14. Gritar com Pessoas	Inserir-se nesta categoria toda a informação relativa a comportamentos verbais desadequados enquanto características/sintomas referidos pelos participantes a propósito da pessoa com doença mental.	“(...) havia um menino que já era suposto andar no 9º ano e que andava na nossa, e tinha um problema mental. Então ele virava-se para as pessoas e começava a gritar com elas, começava a dar pontapés...” (P. Feminino)
1.1.15. Imobilidade	Inserir-se nesta categoria toda a informação relativa à imobilidade enquanto características/sintomas referidos pelos participantes a propósito da pessoa com doença mental.	“(...)porque ele estava sempre parado em casa e, prontos...” (P. Masculino)
1.1.16. Infelicidade ou Tristeza	Inserir-se nesta categoria toda a informação relativa à infelicidade/tristeza enquanto características/sintomas referidos pelos participantes a propósito da pessoa com doença mental.	“Fica muito triste como é óbvio... mas vai-se suicidar porquê?!” (P. Masculino)
1.1.17. Início de consumos	Inserir-se nesta categoria toda a informação relativa ao início dos consumos de substâncias enquanto características/sintomas referidos pelos participantes a propósito da pessoa com doença mental.	
1.1.17.1. Beber	Inserir-se nesta categoria toda a informação relativa ao consumo de álcool enquanto características/sintomas referidos pelos participantes a propósito da pessoa com doença mental.	“Não sei se isto é, se isto tem muito a ver com problemas mentais, ou se é mais alcoolismo, mas...” (P. Masculino)

<p>1.1.18. Isolamento</p>	<p>Inserir-se nesta categoria toda a informação relativa ao isolamento dos sujeitos enquanto características/sintomas referidos pelos participantes a propósito da pessoa com doença mental.</p>	<p>“Teve sozinho, queria-se isolar durante muito tempo, teve pra 3 semanas assim.” (P. Masculino)</p>
<p>1.1.19. Não comer</p>	<p>Inserir-se nesta categoria toda a informação relativa ao comportamento de não se alimentar enquanto características/sintomas referidos pelos participantes a propósito da pessoa com doença mental.</p>	<p>“E, aí já não falava com ninguém, não comia, só estava num quarto, nunca saía, (...)” (P. Masculino)</p>
<p>1.1.20. Não falar</p>	<p>Inserir-se nesta categoria toda a informação relativa ao comportamento de não falar enquanto características/sintomas referidos pelos participantes a propósito da pessoa com doença mental.</p>	<p>“Por exemplo, ele tem dois anos e ainda não fala, ah... e quando alguém o chama, ele não, ele não olha para ninguém, nem nada, ah... Por exemplo, não brinca com ninguém, à mãe não a abraça, não lhe dá beijos na cara nem nada...” (P. Masculino)</p>
<p>1.1.21. Não Ouvir o Que Lhe Dizem</p>	<p>Inserir-se nesta categoria toda a informação relativa ao comportamento de “não ouvir o que os outros lhe dizem” enquanto características/sintomas referidos pelos participantes a propósito da pessoa com doença mental.</p>	<p>“Então depois, sempre que a mãe quisesse que ele fizesse alguma coisa, a mãe tinha que ... quase pegar nele. Se a mãe fosse lá e “vem-me ajudar a pôr a mesa”, por exemplo, ele, ele parecia que não estava lá ninguém.” (P. Feminino)</p>
<p>1.1.22. Não Quer ou Não Consegue Pensar</p>	<p>Inserir-se nesta categoria toda a informação relativa à incapacidade/falta de vontade para exercer o pensamento enquanto características/sintomas referidos pelos participantes a propósito da pessoa com doença mental.</p>	<p>“Ele é um miúdo um bocado doente, e que não quer pensar. Ou tenta, mas não consegue (...)” (P. Masculino)</p>

1.1.23. Não Querer Estar Ali	Insere-se nesta categoria toda a informação relativa à falta de vontade de permanecer em determinado lugar enquanto características/sintomas referidos pelos participantes a propósito da pessoa com doença mental.	“Saía, e depois não lhe apetecia ir às aulas e ficava pelo recreio, e tinha que alguém levá-lo à sala ou a DT ou...” (P. Masculino)
1.1.24. Necessidade de Partilha de Sentimentos e Emoções	Insere-se nesta categoria toda a informação relativa à necessidade de partilha se sentimentos e/ou emoções enquanto características/sintomas referidos pelos participantes a propósito da pessoa com doença mental.	“(...)acho que ele está a chamar à atenção, entre aspas, para que alguém o ajude e que desabafe um bocado com ele.” (P. Masculino)
1.1.25. Necessidade de Amor	Insere-se nesta categoria toda a informação relativa à necessidade de afecto enquanto características/sintomas referidos pelos participantes a propósito da pessoa com doença mental.	“ (...)e ele nasceu com uma doença que só conseguia usar metade do cérebro, e então, ele não conseguia utilizar alguns membros do corpo, precisava de muita atenção, muito carinho.” (P. Feminino)
1.1.26. Normalidade	Insere-se nesta categoria toda a informação relativa comportamentos “normais” enquanto características/sintomas referidos pelos participantes a propósito da pessoa com doença mental.	
1.1.26.1. Ser Normal	Insere-se nesta categoria toda a informação relativa a “ser normal” enquanto características/sintomas referidos pelos participantes a propósito da pessoa com doença mental.	“Quer dizer, pode ter sempre a falha, mas acho que a pessoa não deixa de poder ser normal, mas acho que isso sim...” (P. Masculino)
1.1.27. Pensamentos Diferentes ou Estranhos	Insere-se nesta categoria toda a informação relativa à existência de pensamentos diferentes e/ou estranhos enquanto características/sintomas referidos pelos participantes a propósito da pessoa com doença mental.	“(...)ele tem que pensar mais mentalmente (...)” (P. Masculino)

1.1.28. Pensar Mais	Insere-se nesta categoria toda a informação relativa à necessidade de realização de um esforço mental superior enquanto características/sintomas referidos pelos participantes a propósito da pessoa com doença mental.	“(...)ele tem que pensar mais mentalmente (...)” (P. Masculino)
1.1.29. Sem Abrigo	Insere-se nesta categoria toda a informação relativa uma categorização de “sem-abrigo”/dormir na rua enquanto características/sintomas referidos pelos participantes a propósito da pessoa com doença mental.	“(...)começou a ter problemas mentais e dorme na rua(...)” (P. Masculino)
1.1.30. Solidão	Insere-se nesta categoria toda a informação relativa à solidão enquanto características/sintomas referidos pelos participantes a propósito da pessoa com doença mental.	“Como ele é rejeitado pela sociedade, ou não, mas imaginemos que sim, acho que se sente um pouco sozinho (...)” (P. Feminino)
1.1.31. Ter Dificuldades Cognitivas	Insere-se nesta categoria toda a informação relativa à existência de dificuldades cognitivas enquanto características/sintomas referidos pelos participantes a propósito da pessoa com doença mental.	“Sim... mas tem alguma dificuldade...” (P. Masculino)
1.1.32. Ter Uma Falha	Insere-se nesta categoria toda a informação relativa “ter uma falha” (diminuição da capacidade cognitiva) enquanto características/sintomas referidos pelos participantes a propósito da pessoa com doença mental.	“Quer dizer, pode ter sempre a falha, mas acho que a pessoa não deixa de poder ser normal, mas acho que isso sim...” (P. Masculino)
1.1.33. Viver no Seu Mundo	Insere-se nesta categoria toda a informação relativa à vivência própria de um mundo seu/alienação enquanto características/sintomas referidos pelos participantes a propósito da pessoa com doença mental.	“Parecia que tinha o seu próprio mundo, ele começava a brincar com as canetas (...)” (P. Masculino)

1.2. Causas	Nesta categoria integram-se os conhecimentos referidos pelos jovens face às causas da doença mental, nomeadamente: (1.2.1) adquiridas, (1.2.2) congénitas e (1.2.3) dúvidas.	
1.2.1. Adquiridas	Nesta categoria integram-se os conhecimentos referidos pelos jovens face às causas adquiridas da doença mental, isto é, factores externos aos indivíduos que podem ocorrer ao longo da vida e constituir-se como causas para o desenvolvimento de uma perturbação mental.	
1.2.1.1. Acidente	Nesta categoria integra-se toda a informação, enunciada pelos jovens, relativa a acidentes (viação, aviação, quedas, ...) enquanto causa para o desenvolvimento de uma doença mental.	“ (...) pode também causar certos problemas mentais, e pode também acontecer um acidente e pode ter um traumatismo craniano por exemplo.” (P. Masculino)
1.2.1.2. Acontecimento de Vida Incompreendido	Nesta categoria integra-se toda a informação, enunciada pelos jovens, relativa a acontecimentos de vida incompreendidos enquanto causa para o desenvolvimento de uma doença mental.	“Eu acho que, o velho... hmm... deve ter algum problema mental ou então perdeu a família (...)” (P. Masculino)
1.2.1.3. Ausência de Culpa	Nesta categoria integra-se toda a informação, enunciada pelos jovens, relativa a não responsabilidade/ausência de culpa dos indivíduos com doença mental no desenvolvimento da mesma.	“Eu acho que o primeiro não tem culpa. Provavelmente, sofre de algum problema e não tem culpa. Não tem culpa disso.” (P. Masculino)
1.2.1.4. Excesso de Trabalho	Nesta categoria integra-se toda a informação, enunciada pelos jovens, relativa ao excesso de trabalho enquanto causa para o desenvolvimento de uma doença mental.	“ (...) pode acontecer a qualquer pessoa, mas por exemplo, eu acho que, por exemplo, excesso de trabalho que dá stress, que pode também causar certos problemas mentais, (...)” (P. Masculino)

<p>1.2.1.5. “Falta de Apoio</p>	<p>Nesta categoria integra-se toda a informação, enunciada pelos jovens, relativa à falta de apoio enquanto causa para o desenvolvimento de uma doença mental.</p>	<p>“ Não ter pessoas que apoiem nos bons e maus momentos.” (P. Masculino)</p>
<p>1.2.1.6. Isolamento</p>	<p>Nesta categoria integra-se toda a informação, enunciada pelos jovens, relativa ao isolamento enquanto causa para o desenvolvimento de uma doença mental.</p>	<p>“ Não sai de casa, fica parado só a pensar e a ver televisão e a pensar nas coisas de dinheiro e assim, as pessoas acabam por ter um...ter uma depressão e gerar depois muitas, e acabar depois, né?...Como infelizes...” (P. Masculino)</p>
<p>1.2.1.7. Perda de Alguém</p>	<p>Nesta categoria integra-se toda a informação, enunciada pelos jovens, relativa à perda de alguém enquanto causa para o desenvolvimento de uma doença mental.</p>	<p>“ Sim, desculpem, mas a perda de uma pessoa, leva a uma depressão muitas vezes...” (P. Feminino)</p>
<p>1.2.1.8. Pressão</p>	<p>Nesta categoria integra-se toda a informação, enunciada pelos jovens, relativa ao excesso de trabalho enquanto causa para o desenvolvimento de uma doença mental.</p>	<p>“ (...) , e a pessoa conseguiu aguentar com essa pressão, ou depressão, eeeee... eeee... teve essa doença.” (P. Masculino)</p>
<p>1.2.1.9. Rejeição</p>	<p>Nesta categoria integra-se toda a informação, enunciada pelos jovens, relativa à rejeição enquanto causa para o desenvolvimento de uma doença mental.</p>	<p>“ (...) é dele também ser um bocadinho rejeitado pela sociedade, (...)” (P. Masculino)</p>
<p>1.2.1.10.Ser Expulso de Casa</p>	<p>Nesta categoria integra-se toda a informação, enunciada pelos jovens, relativa ao ser expulso de casa enquanto causa para o desenvolvimento de</p>	<p>“ (...) quando a mãe morreu a irmã expulsou-o de casa e ele começou a ter problemas mentais e</p>

	uma doença mental.	dorme na rua (...)” (P. Masculino)
1.2.1.11.Solidão	Nesta categoria integra-se toda a informação, enunciada pelos jovens, relativa à solidão enquanto causa para o desenvolvimento de uma doença mental.	
1.2.1.11.1. Não Ter Amigos	Nesta categoria integra-se toda a informação, enunciada pelos jovens, relativa à ausência de amigos enquanto causa para o desenvolvimento de uma doença mental.	“(...) quem não tem muitos amigos pode ficar assim muito deprimido (...) (P. Masculino)
1.2.1.11.2. Não Ter Ninguém	Nesta categoria integra-se toda a informação, enunciada pelos jovens, relativa à ausência de qualquer pessoa enquanto causa para o desenvolvimento de uma doença mental.	“ Pessoas que ficam um pouco perturbadas com a vida, não têm, são rejeitadas pela sociedade, hm, muitas vezes são abandonadas pelos pais, e muitas vezes isso pode levar a não ter saúde mental.” (P. Feminino)
1.2.1.12.Traumas	Nesta categoria integra-se toda a informação, enunciada pelos jovens, relativa a situações traumáticas enquanto causa para o desenvolvimento de uma doença mental.	“ Eu acho que uma doença mental tem a ver com o trauma que se passou à muito tempo (...)” (P. Masculino)
1.2.1.13.Trissomia 21	Nesta categoria integra-se toda a informação, enunciada pelos jovens, relativa à trissomia 21 enquanto causa para o desenvolvimento de uma doença mental.	“ Acho que a Trissomia 21 pode não, pode não causar, mas também pode causar uma doença mental, uma perturbação...” (P. Masculino)
1.2.1.14.Tristeza	Nesta categoria integra-se toda a informação, enunciada pelos jovens, relativa à tristeza enquanto causa para o desenvolvimento de uma doença	“ E também acho que, enquanto nós estivermos tristes com isso, hm, podemos vir a ficar muito

	mental.	deprimidos (...)” (P. Masculino)
1.2.2. Congénitas	Nesta categoria integram-se os conhecimentos referidos pelos jovens face sobre as causas congénitas da doença mental.	“ (...) os problemas mentais podem ser de nascença (...)” (P. Masculino)
1.2.3. Dúvidas	Nesta categoria integra-se toda a informação relativa a dúvidas que foram surgindo ao longo do discurso dos participantes em torno das causas da doença mental.	“Mas fica deprimido... Vai-se suicidar porquê?!” (P. Masculino)
1.3. Consequências	Integra-se nesta categoria toda a informação referida pelos jovens relativamente às consequências da doença mental, onde se inclui: (1.3.1) afectar partes do corpo, (1.3.2) andar numa escola diferente (1.3.3) degradação, (1.3.4) depressão, (1.3.5) dúvidas, (1.3.6) falar de forma diferente, (1.3.7) imaginação, (1.3.8) inadaptação, (1.3.9) infelicidade, (1.3.10) mau funcionamento, (1.3.11) morrer, (1.3.12) mudança comportamental, (1.3.13) necessidade de partilha, (1.3.14) necessidade de vigilância, (1.3.15) noção de realidade diferente, (1.3.16) passar por fase difícil, (1.3.17) problemas escolares, (1.3.18) reacção inesperada & estranha, (1.3.19) rejeição, (1.3.20) restrição de contacto, (1.3.21) solidão, (1.3.22) suicídio, (1.3.23) tristeza e (1.3.24) viver na rua.	
1.3.1. Afectar partes do corpo	Inclui-se nesta categoria todas as informações relativas às consequências que a doença mental pode provocar nível físico/motor, segundo os participantes.	“(...) ele nasceu com uma doença que só conseguia usar metade do cérebro, e então, ele não conseguia utilizar alguns membros do corpo.” (P. Feminino)
1.3.2. Andar numa escola diferente	Inclui-se nesta categoria informações relativas à necessidade de frequência de uma "escola diferente" enquanto consequência referido(a) pelos	“Naquela altura ele teve de ir para um... E depois no 4º ano em que acabou a escola, ele teve de ir

	participantes a propósito da pessoa com doença mental.	para uma escola mesmo... foi para uma escola onde tinham uma senhora que o guardava, pronto, no seu dia-a-dia lá na escola, porque não conseguiam, porque ele não podia estar sozinho como um menino normal.” (P. Feminino)
1.3.3. Degradação	Inclui-se nesta categoria todas as informações relativas à degradação enquanto consequência na vida da pessoa, decorrente da doença mental.	“(...)e ele começou a ter problemas mentais e dorme na rua (...)” (P. Feminino)
1.3.4. Depressão	Inclui-se nesta categoria todas as informações relativas à depressão enquanto consequência na vida da pessoa decorrente da doença mental.	“(...)um trauma, pode ter sido algum acidente e, nós sem amigos, no acidente devemos estar sempre todo o momento a pensar nele, e depois vir a ter uma depressão.” (P. Masculino)
1.3.5. Dúvidas	Inclui-se nesta categoria toda a informação sobre dúvidas que surgiram no grupo de adolescentes sobre as consequências das doenças mentais.	“ (...) mas, fica deprimido... Vai-se suicidar porquê?!” (P. Masculino)
1.3.6. Trissomia 21	Inclui-se nesta categoria todas as informações relativa à forma diferente de falar enquanto consequência das doenças mentais, segundo os participantes.	“ Trissomia 21 pode não, pode não causar, mas também pode causar uma doença mental, uma perturbação... sem querer, todas as partes do corpo ficam afectadas, pode causar uma doença, um mau funcionamento, fazer as pessoas passar e

		falar de uma maneira completamente diferente das outras, (...)” (P. Masculino)
1.3.7. Imaginação	Inclui-se nesta categoria informações relativas à imaginação enquanto característica/sintoma referido(a) pelos participantes a propósito da pessoa com doença mental.	“ (...) tem a sua imaginação, por isso eu acho que ele fala com as plantas, com o cão ou ... e inventou essa história, (...)” (P. Masculino)
1.3.8. Inadaptação	Inclui-se nesta categoria todas as informações relativas à inadaptação enquanto consequência na vida da pessoa decorrente da doença mental.	“Então a minha mãe não conseguia aceitar o facto de ele ter morrido.” (P. Feminino)
1.3.9. Infelicidade	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à infelicidade enquanto consequência da doença mental, segundo os participantes.	“Não sai de casa, fica parado só a pensar e a ver televisão e a pensar nas coisas de dinheiro e assim, as pessoas acabam por ter um...ter uma depressão e gerar depois muitas, e acabar depois, né?...Como infelizes...” (P. Masculino)
1.3.10. Mau funcionamento	Inclui-se nesta categoria todas as informações relativa ao mau funcionamento enquanto consequência das doenças mentais, segundo os participantes.	“ Trissomia 21 pode não, pode não causar, mas também pode causar uma doença mental, uma perturbação... sem querer, todas as partes do corpo ficam afectadas, pode causar uma doença, um mau funcionamento, fazer as pessoas passar e falar de uma maneira completamente diferente das outras, (...)” (P. Masculino)
1.3.11. Morrer	Inclui-se nesta categoria todas as informações relativas à morte enquanto	“E depois descobriram lá o Alzheimer, era isso, e

	consequência na vida da pessoa decorrente da doença mental.	morreu.” (P. Masculino)
1.3.12. Mudança Comportamental	Inclui-se nesta categoria toda a informação sobre a mudança comportamental enquanto consequência da doença mental.	“Eu concordo com a perda de uma pessoa, porque, isso pode causar uma pessoa mudar com a perda de um familiar próximo, pode mudar essa pessoa, mas... com a perda de amigos, se não tiver ninguém com quem falar, ou ninguém com quem estar... durante muito tempo, também acho que pode levar uma pessoa a alterar...” (P. Masculino)
1.3.13. Necessidade de Partilha	Inclui-se nesta categoria informações relativas à necessidade de partilha/"desabafo" pelo sujeito com doença mental enquanto consequência referido(a) pelos participantes a propósito da pessoa com doença mental.	“Deve ter algum problema mental ou então perdeu a família e, quando a perdeu não teve ajuda e agora precisava de uma pessoa para desabafar e só tem o cão e as plantas, e acho que ele está a chamar à atenção, entre aspas, para que alguém o ajude e que desabafe um bocado com ele.” (P. Masculino)
1.3.14. Necessidade de Vigilância	Inclui-se nesta categoria informações relativas à necessidade de vigilância por parte de outras pessoas enquanto consequência referida pelos participantes a propósito da pessoa com doença mental.	“Naquela altura ele teve de ir para um... E depois no 4º ano em que acabou a escola, ele teve de ir para uma escola mesmo... foi para uma escola onde tinham uma senhora que o guardava,

		pronto, no seu dia-a-dia lá na escola, porque não conseguiam, porque ele não podia estar sozinho como um menino normal.” (P. Feminino)
1.3.15. Noção da realidade diferente	Inclui-se nesta categoria todas as informações relativa a uma diferente noção da realidade enquanto consequência das doenças mentais, segundo os participantes.	“ Trissomia 21 pode não, pode não causar, mas também pode causar uma doença mental, uma perturbação... sem querer, todas as partes do corpo ficam afectadas, pode causar uma doença, um mau funcionamento, fazer as pessoas passar e falar de uma maneira completamente diferente das outras, (...)” (P. Masculino)
1.3.16. Passar por fase difícil	Inclui-se nesta categoria todas as informações relativas a "passar por uma fase difícil" enquanto consequência na vida da pessoa decorrente da doença mental.	“O meu bisavô também morreu, a minha tia avó que estava sempre com ele, andava sempre com ele, quando ia para a aldeia... Eu soube disso uns anos depois porque nesse meio, também, a informação não circula, também era um bocadinho pequeno,... soube uns meses depois e, pronto, a minha tia avó disse-me que passou por uma fase, passou por uma fase difícil para ela, assim... mas depois teve que encarar a realidade e seguir em frente, porque... Sabia que um dia

		isso teria que acontecer.” (P. Masculino)
1.3.17. Problemas escolares	Inclui-se nesta categoria todas as informações relativas aos problemas em contexto escolar enquanto consequência na vida da pessoa decorrente da doença mental.	“(…)porque ele não queria ir às aulas, e às vezes pedia para ir ao quarto de banho e... Saía, e depois não lhe apetecia ir às aulas e ficava pelo recreio, e tinha que alguém levá-lo à sala ou a DT ou... E ele começou a ter alguns problemas com professores e assim. Ele também depois teve que ter algumas fichas de recuperação, porque ele depois estava muito mal porque ele não ia às aulas, (...)” (P. Masculino)
1.3.18. Reacção Inesperada e Estranha	Inclui-se nesta categoria todas as informações relativas ao facto da pessoa, em determinado momento, reagir de modo inesperado enquanto consequência na vida da pessoa decorrente da doença mental.	“Eu também acho mais ou menos a mesma coisa que o senhor deve ter um problema mental ou coisa assim que o faz reagir daquela forma, (...)” (P. Masculino)
1.3.19. Rejeição	Nesta categoria inclui-se toda a informação relativa à rejeição enquanto consequência na vida da pessoa decorrente da doença mental.	“De ele andar sempre sozinho, acho que ele também não tem culpa, acho que é dele também ser um bocadinho rejeitado pela sociedade, por ser um bocadinho rejeitado por causa disso. “ (P. Masculino)
1.3.20. Restrição de Contacto	Inclui-se nesta categoria todas as informações relativas à restrição, da	“Teve sozinho, queria-se isolar durante muito

	própria pessoa, do contacto com algumas das pessoas que comumente a rodeavam enquanto consequência na vida da pessoa decorrente da doença mental.	tempo, teve praí 3 semanas assim. Hum... mesmo a mim, que eu era o que mais falava com ele não se deixava aproximar-se, sentia-se só.” (Masculino)
1.3.21. Solidão	Inclui-se nesta categoria todas as informações relativas à solidão enquanto consequência na vida da pessoa decorrente da doença mental.	“ Como ele é rejeitado pela sociedade, ou não, mas imaginemos que sim, acho que se sente um pouco sozinho, (...)” (P. Feminino)
1.3.22. Suicídio	Inclui-se nesta categoria todas as informações relativas ao suicídio enquanto consequência na vida da pessoa decorrente da doença mental.	“Mas, se não tiver ajudas se ficar sozinha e isolada aí até pode mesmo levar ao suicídio.” (P. Masculino)
1.3.23. Tristeza	Inclui-se nesta categoria todas as informações relativas à tristeza enquanto consequência na vida da pessoa decorrente da doença mental.	“ (...)deve ter sido por causa da mãe, ou do pai, ou de algum familiar muito perto que o tenha deixado, ou partido, e ele ficou muito triste e começou-se a dedicar à vida mais dos outros, dos animais. “ (P. Masculino)
1.3.24. Viver na rua	Inclui-se nesta categoria informações relativas à vivência na rua/ não ter lar enquanto consequência referido(a) pelos participantes a propósito da pessoa com doença mental.	“ (...)um senhor nobre, que tinha uma mulher e quando essa mulher foi viver para outro sítio, deixou-o, e ele transtornado começou a viver na rua, ah...” (P. Masculino)

1.4. Factores de Prevenção	Nesta categoria integram-se os conhecimentos referidos pelos jovens sobre os factores de prevenção da doença mental, nomeadamente: (1.4.1) comportamento de outros, (1.4.2) comportamento do próprio e (1.4.3) feito.	
1.4.1. Comportamento de Outros	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa ao comportamento da sociedade que, segundo os jovens, poderá ser um factor de prevenção para o desenvolvimento de uma doença mental.	(Dinamizador) “(...) acham que toda a gente pode desenvolver uma doença mental? (P. Masculino): Eu acho que sim, dependendo do comportamento, ou do comportamento que as outras pessoas tenham com essa pessoa, pode acontecer alguma coisa que marque para o resto da vida, e... (...)”
1.4.2. Comportamento do Próprio	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa ao comportamento do próprio que, segundo os jovens, poderá ser um factor de prevenção para o desenvolvimento de uma doença mental.	(Dinamizador) “(...) acham que toda a gente pode desenvolver uma doença mental? (P. Masculino): Eu acho que sim, dependendo do comportamento, ou do comportamento que as outras pessoas tenham com essa pessoa, pode acontecer alguma coisa que marque para o resto da vida, e... (...)”
1.4.3. Feitio	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa ao "feitio/maneira de ser "enquanto factor que, segundo os jovens, poderá prevenir o desenvolvimento de uma doença mental.	“ (...) acho que também que tem a ver com o feitio da pessoa e com a maneira da pessoa ser, porque a pessoa pode se ter agarrado ao passado,

		ou pode ser uma pessoa que facilmente levanta a cabeça e anda para a frente.” (P. Masculino)
1.5. Factores de Risco	Nesta categoria integram-se os conhecimentos referidos pelos jovens sobre os factores de risco da doença mental, nomeadamente: (1.5.1) abandono por pais, (1.5.2) acontecimentos de vida significativos, (1.5.3) danos cerebrais, (1.5.4) falta de apoio, (1.5.5) falta de contacto, (1.5.6) feitiço, (1.5.7) morte de alguém, (1.5.8) não ter carinho dos pais, (1.5.9) não ter ou ter poucos amigos, (1.5.10) proximidade, (1.5.11) rejeição, (1.5.12) sentir-se mal, (1.5.13) stress e (1.5.14) trauma.	
1.5.1. Abandono por Pais	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa ao abandono por parte dos pais enquanto factor de risco para o desenvolvimento de uma Perturbação Mental.	“Pessoas que ficam um pouco perturbadas com a vida, não têm, são rejeitadas pela sociedade, hm, muitas vezes são abandonadas pelos pais, e muitas vezes isso pode levar a não ter saúde mental.” (P. Feminino)
1.5.2. Acontecimentos de Vida Significativos	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa a acontecimentos de vida significativos enquanto factores que, segundo os jovens, poderão levar ao desenvolvimento de uma doença mental.	“Eu concordo com algumas coisas, não concordo aqui é com... Ham... com o perder uma pessoa nos poder dar problemas mentais, pode traumatizar-nos e marcar-nos para a vida, mas acho que não é isso que vai fazer o nosso cérebro funcionar mal, nem fazer-nos termos problemas mentais. Acho que um acidente pode ser, pode ser, hum... pode ser por stress, mas não acho que... por causa de um trauma...” (P.

		Masculino)
1.5.3. Danos Cerebrais	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à existência de danos cerebrais enquanto factor de risco para o desenvolvimento de uma perturbação mental.	“É por exemplo quando, já de nascença, os filhos nasceram já com deficiências, que normalmente é sempre numa certa parte do cérebro, pronto, pode estar danificado, pode ficar morta, e então decair mais e desencadear certos sintomas. Por exemplo, o Alzheimer, humm... por exemplo, certos órgãos não funcionam...” (P. Masculino)
1.5.4. Falta de Apoio	Inclui-se nesta categoria todas as informações relativas à falta de apoio enquanto factor de risco para o desenvolvimento das doenças mentais, segundo os participantes.	“ (...) com a perda de amigos, se não tiver ninguém com quem falar, ou ninguém com quem estar... durante muito tempo, também acho que pode levar uma pessoa a alterar...” (P. Masculino)
1.5.5. Falta de Contacto	Inclui-se nesta categoria todas as informações relativas à falta de contacto com outras pessoas enquanto factor de risco para o desenvolvimento das doenças mentais, segundo os participantes, nomeadamente: (1.5.5.1) Falta de Contacto com Crianças e (1.5.5.2) Falta de Contacto com Pessoas em Geral.	
1.5.5.1. Falta de Contacto com Crianças	Inclui-se nesta categoria todas as informações relativas à falta de contacto com crianças enquanto factor de risco para o desenvolvimento das doenças mentais,	“ Eu também acho mais ou menos a mesma coisa que o senhor deve ter um problema mental ou coisa assim que o faz reagir daquela

	segundo os participantes	forma, ou então não está habituado a ver crianças a brincarem na rua, para ele essas coisas....” (P. Masculino)
1.5.5.2. Falta de Contacto com Pessoas em Geral	Inclui-se nesta categoria todas as informações relativas à falta de contacto com pessoas em geral enquanto factor de risco para o desenvolvimento das doenças mentais, segundo os participantes.	“ Eu acho que ele, pronto, também pode ser um bocado rejeitado mas se calhar também não quer estar com outras pessoas, (...)” (P. Masculino)
1.5.6. Feitio	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa ao "feitio/maneira de ser" enquanto factor que, segundo os jovens, poderá levar ao desenvolvimento de uma doença mental.	“(...) acho que também que tem a ver com o feitio da pessoa e com a maneira da pessoa ser, porque a pessoa pode se ter agarrado ao passado, ou pode ser uma pessoa que facilmente levanta a cabeça e anda para a frente.” (P. Feminino)
1.5.7. Morte de Alguém	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à morte de alguém próximo ou afastado enquanto factor de risco para o desenvolvimento de uma doença mental, segundo os participantes.	“Sim, desculpem, mas a perda de uma pessoa, leva a uma depressão muitas vezes...” (P. Feminino)

1.5.8. Não ter carinho dos pais	Inclui-se nesta categoria toda a informação sobre a ausência de carinho/prestação de cuidados por parte dos pais enquanto factor que, segundo os jovens, poderá colocar em risco a saúde mental.	“Por exemplo, há muitas pessoas que infelizmente não tem o carinho dos pais e isso se calhar é muito desviador...” (P. Masculino)
1.5.9. Não ter/Ter poucos amigos	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa ao facto de não se ter ou ter poucos amigos enquanto factor que, segundo os jovens, poderá levar ao desenvolvimento de uma doença mental.	“(Dinamizador) Então e o que é que vocês acham que pode provocar falta de saúde mental? (P. Masculino) Não ter amigos...”
1.5.10. Proximidade	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à proximidade com uma pessoa com uma doença mental enquanto factor que, segundo os jovens, poderá levar ao desenvolvimento de uma doença mental, nomeadamente: (1.5.10.1.) Contacto Próximo.	
1.5.10.1. Contacto Próximo	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa ao contacto próximo de uma pessoa com doença mental enquanto factor que, segundo os jovens, poderá levar ao desenvolvimento de uma doença mental.	“E passei por isso, já, há pouco tempo, e também não fiquei muito feliz, como é óbvio, e, perder uma mãe é ainda pior, porque uma mãe é o nosso centro de apoio, quando precisamos de alguma coisa...” (P. Masculino)
1.5.11. Rejeição	Inclui-se nesta categoria todas as informações relativas à rejeição enquanto factor de risco para o desenvolvimento das doenças mentais, segundo os participantes.	“Pessoas que ficam um pouco perturbadas com a vida, não têm, são rejeitadas pela sociedade, hm, muitas vezes são abandonadas pelos pais, e muitas vezes isso pode levar a não ter saúde

		mental. (P. Feminino)
1.5.12. Sentir-se mal	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa ao facto da pessoa se sentir mal enquanto factor que, segundo os jovens, poderá levar ao desenvolvimento de uma doença mental, nomeadamente: (1.5.12.1.) com ou na família.	
1.5.12.1.Com ou Na Família	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa ao facto da pessoa se sentir mal com ou na família enquanto factor que, segundo os jovens, poderá levar ao desenvolvimento de uma doença mental.	“Por exemplo, quando uma pessoa nasce e... nasce sem um problema mental, ou pode ter um irmão que se calhar seja o predilecto, e esteja... os que gostam mais... ele se calhar vê isso e perde alguma saúde mental...” (P. Masculino)
1.5.13. Stress	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa ao stress enquanto factor que, segundo os jovens, poderá levar ao desenvolvimento de uma doença mental.	“ (...) por exemplo, excesso de trabalho que dá stress, que pode também causar certos problemas mentais, e pode também acontecer um acidente e pode ter um traumatismo craniano por exemplo.” (P. Masculino)
1.5.14. Trauma	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa a “traumas” como factor de risco para o desenvolvimento de uma doença mental, segundo os jovens.	“(Dinamizador) Então e o que é que vocês acham que pode provocar falta de saúde mental? (P. Masculino) Não ter amigos... Ter algum trauma. Não ter pessoas que apoiem nos bons e maus momentos.”

1.6. Factores Precipitantes	Nesta categoria integram-se os conhecimentos referidos pelos jovens sobre os factores precipitantes da doença mental, nomeadamente: (1.6.1) perda de alguém e (1.6.2) trauma	
1.6.1. Perda de Alguém	Inclui-se nesta categoria toda a informação relacionada com a perda/morte de alguém próximo enquanto factor que, segundo os jovens, origina a doença mental.	“Sim, desculpem, mas a perda de uma pessoa, leva a uma depressão muitas vezes...” (P. Feminino)
1.6.2. Trauma	Inclui-se nesta categoria toda a informação relacionada com o “trauma” enquanto factor que, segundo os jovens, origina a doença mental.	“ Um trauma pode causar uma doença mental. Depressão...” (P. Masculino)
1.7. Impacto da Doença Mental do Outro (desconhecido)	Insere-se nesta categoria toda a informação, enunciada pelos participantes, relativa ao impacto das doenças mentais do outro, enquanto elemento desconhecido, onde se inclui: (1.7.1) cognitivo e (1.7.2) emocional.	
1.7.1. Cognitivo	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa ao impacto cognitivo que a doença mental de alguém (desconhecido) tem nos jovens.	“Eu acho que isso é um trauma, um problema, que ele tem e acho que é preciso ajudar.” (P. Masculino)
1.7.2. Emocional	Esta categoria inclui toda a informação relativa à forma como os jovens julgam que se sentiriam face à possibilidade de alguém próximo de si desenvolver uma doença mental, nomeadamente: (1.7.2.1) Pena.	
1.7.2.1. Pena	Esta categoria inclui toda a informação relativa à pena que os jovens sentem como resultado da doença mental de alguém.	“(…) quando olhei para trás estava o senhor a falar com a piza, a perguntar se ela estava bem, a contar-lhe coisas da vida. Foi muito estranho.

		Tive um bocado de pena do senhor.” (P. Feminino)
1.8. Impacto da Doença Mental do Outro (próximo)	Insere-se nesta categoria toda a informação, enunciada pelos participantes, relativa ao impacto das doenças mentais do outro, enquanto elemento próximo de si, onde se inclui: (1.8.1) comportamental e (1.8.2) emocional.	
1.8.1. Comportamental	Esta categoria inclui toda a informação relativa ao comportamento que os jovens julgam teriam face à possibilidade de alguém próximo de si desenvolver uma doença mental, nomeadamente: (1.8.1.1.) acompanhar ou não deixar sozinho, (1.8.1.2.) arranjar ocupação, (1.8.1.3.) distrair, (1.8.1.4.) integrar, (1.8.1.5.) não querer ajuda, (1.8.1.6.) não recordar, (1.8.1.7.) perceber, (1.8.1.8.) procurar a pessoa em causa, (1.8.1.9.) saber o que se passava, (1.8.1.10) tentar ajudar e (1.8.1.11.) tentar que ficasse feliz.	
1.8.1.1. Acompanhar ou não deixar sozinho	Esta categoria inclui os enunciados associados às iniciativas, dos jovens, de acompanhar alguém próximo com doença mental.	“(…) ia ter com ele e tentar alterar, tentar fazer com que ele ficasse mais feliz e contente. E não tipo deixá-lo sozinho. Porque deixando-o sozinho ele fica a pensar mais nesse assunto do que se ele estiver com essa pessoa, fica mal…” (P. Masculino)
1.8.1.2. Arranjar ocupação	Esta categoria inclui os enunciados associados à disponibilidade, por parte dos jovens, para arranjam ocupação para alguém próximo de si com doença mental.	“ E nós podemos ajudar, para motivos de alegria, para perguntar se quer jogar futebol…” (P. Masculino)
1.8.1.3. Distrair	Esta categoria inclui os enunciados associados às iniciativas, dos jovens, de	“Sempre distrai mais um bocado as ideias, agora… Parado, estar sempre a pensar mais ou

	distrair alguém próximo com doença mental.	menos como as expressões como a pessoa...” (P. Masculino)
1.8.1.4. Integrar	Esta categoria inclui os enunciados associados às iniciativas, dos jovens, de integrar alguém próximo com doença mental.	“Ia tentar integrá-lo e pô-los no nosso grupo passado alguns dias, quando estiver mais à vontade, quando estiver com essa pessoa, quando estiver mais à vontade, aí perguntar de onde é que veio e porque é que estava aqueles dias sozinho.” (P. Masculino)
1.8.1.5. Não querer ajuda	Esta categoria inclui toda a informação sobre a pessoa com doença mental não querer ajuda, segundo o mencionado pelos jovens.	“Ou tenta, mas não consegue e depois quando alguém quer ajudá-lo ele diz que sai, que não quer ajuda, que, prontos, que é ele que sabe tudo, que é ele o rei, que não quer que ninguém ajude.” (P. Masculino)
1.8.1.6. Não recordar	Esta categoria inclui os enunciados associados às iniciativas, dos jovens, de ajudar alguém próximo com doença mental não recordando os acontecimentos, devido à sua carga negativa.	“Eu ia ter com ele e, não podia perguntar, porque é sempre mau recordar esses momentos...” (P. Masculino)
1.8.1.7. Perceber	Esta categoria inclui os enunciados associados à compreensão, por parte dos jovens, dos aspectos relacionados com a doença mental de alguém que lhes é próximo, nomeadamente: (1.8.1.7.1.) motivo e (1.8.1.7.2.) o que se passa.	
1.8.1.7.1. Motivo	Esta categoria inclui os enunciados relativos à compreensão, por parte dos	“Se calhar não ia falar noutra problema,

	<p>jovens, do motivo associado ao desenvolvimento de uma doença mental em alguém que lhes é próximo.</p>	<p>perguntar o que é que foi, ou porque é que estás aí sozinho, não... Ia tentar integrá-lo e pô-lo no nosso grupo passado alguns dias, quando estiver mais à vontade, quando estiver com essa pessoa, quando estiver mais à vontade, aí perguntar de onde é que veio e porque é que estava aqueles dias sozinho.” (P. Masculino)</p>
<p>1.8.1.7.2. O que se passa</p>	<p>Esta categoria inclui os enunciados associados à compreensão, por parte dos jovens, do que se passa concretamente com alguém com doença mental que lhes é próximo.</p>	<p>“Se calhar não ia falar noutro problema, perguntar o que é que foi, ou porque é que estás aí sozinho, não...” (P. Masculino)</p>
<p>1.8.1.8. Procurar a pessoa em causa</p>	<p>Esta categoria inclui os enunciados associados às iniciativas, dos jovens, de ir ter com alguém próximo com doença mental.</p>	<p>“(Dinamizador) (...) se vocês virem um amigo vosso, assim com estes problemas, por exemplo como ele à bocadinho disse, que se isolava, o que é que vocês podem fazer? O que é que vocês acham que devem e que podem fazer?</p> <p>(P. Masculino) Eu ia ter com ele e, não podia perguntar, porque é sempre mau recordar esses momentos... Mas tentava saber o que se passava, mas quando soubesse, ia ter com ele e tentar alterar, tentar fazer com que ele ficasse</p>

		mais feliz e contente.”
1.8.1.9. Saber o que se passava	Esta categoria inclui os enunciados associados às iniciativas, dos jovens, de compreender a situação de alguém próximo com doença mental.	“Eu ia ter com ele e, não podia perguntar, porque é sempre mau recordar esses momentos... Mas tentava saber o que se passava, mas quando soubesse, ia ter com ele e tentar alterar, tentar fazer com que ele ficasse mais feliz e contente.” (P. Masculino)
1.8.1.10. Tentar ajudar	Esta categoria inclui os enunciados associados às tentativas de ajuda, por parte dos jovens, face a alguém próximo com doença mental.	“Ou tenta, mas não consegue e depois quando alguém quer ajudá-lo ele diz que sai, que não quer ajuda, que, prontos, que é ele que sabe tudo, que é ele o rei, que não quer que ninguém ajude. Nós, como é nosso dever ajudá-lo, nós tentamos sempre dar a ajuda possível com os (barcos...?), mas ele diz sempre que não queria, (...)” (P. Masculino)
1.8.1.11. Tentar que ficasse feliz	Esta categoria inclui os enunciados associados às iniciativas, dos jovens, de tentar que alguém próximo com doença mental "ficasse feliz".	“Eu ia ter com ele e, não podia perguntar, porque é sempre mau recordar esses momentos... Mas tentava saber o que se passava, mas quando soubesse, ia ter com ele e tentar alterar, tentar fazer com que ele ficasse

		mais feliz e contente.” (P. Masculino)
1.8.2. Emocional	Esta categoria inclui toda a informação relativa à forma como os jovens julgam que se sentiriam face à possibilidade de alguém próximo de si desenvolver uma doença mental, nomeadamente: (1.8.2.1.) não aceitar o acontecimento.	
1.8.3. Não aceitar o acontecimento	Esta categoria inclui os enunciados associados à não aceitação do acontecimento de alguém próximo dos participantes com doença mental.	“Então a minha mãe não conseguia aceitar o facto de ele ter morrido.” (P. Feminino)
1.9. Impacto da Doença Mental na Comunidade	Inserir-se nesta categoria toda a informação, enunciada pelos participantes, relativa ao impacto das doenças mentais na comunidade, próximo de si, onde se inclui: (1.9.1) comportamental.	
1.9.1. Comportamental	Esta categoria inclui toda a informação relativa ao impacto comportamental que os jovens julgam que a doença mental tem na comunidade, nomeadamente: (1.9.1.1.) gozo.	“(…) tinha um problema mental. Então ele virava-se para as pessoas e começava a gritar com elas, começava a dar pontapés... Depois toda a gente se ria, (...)” (P. Feminino)
1.9.1.1. Gozo	Esta categoria inclui toda a informação relativa à tendência que os jovens julgam que a comunidade tem de gozar as pessoas com perturbação mental.	“(…) tinha um problema mental. Então ele virava-se para as pessoas e começava a gritar com elas, começava a dar pontapés... Depois toda a gente se ria, (...) (P. Masculino)
1.10. Impacto da Doença Mental no próprio	Nesta categoria integram-se os conhecimentos referidos pelos jovens face às causas da doença mental, nomeadamente: (1.10.1) emocional.	

1.10.1. Emocional	Esta categoria inclui toda a informação relativa à forma como os jovens julgam que se sentiriam se eles próprios desenvolvessem uma doença mental, nomeadamente (1.10.1.1.) receio de isolamento.	
1.10.1.1.Receio de Isolamento	Esta categoria inclui os enunciados associados ao receio relacionado com o isolamento enquanto impacto da presença de doença mental em si mesmos.	“Eu concordo porque, se fosse o meu caso, eu também não gostava de me sentir isolado.” (P. Masculino)
1.11. Problemas de Saúde Mental Não Associados Como Tal	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa a problemas de saúde mental enunciados pelos jovens não conotados como tal, nomeadamente (1.11.1.) depressão.	
1.11.1. Depressão	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à depressão, enunciada pelos jovens, mas não conotada enquanto doença mental.	“A depressão não concordo que seja uma doença mental, porque eu por estar deprimido... eu por estar deprimido e não me apetecer fazer nada, não é por isso que tenho nenhum problema mental, sou saudável.” (P. Masculino)
1.12. Problemas Enunciados Como de Saúde Mental	Esta categoria inclui toda a informação relativa a exemplos daquilo que os jovens consideram ser problemas de saúde mental, nomeadamente: (1.12.1) alzheimer, (1.12.2) autismo, (1.12.3) AVC, (1.12.4) cancro, (1.12.5) comportamentos anormais, (1.12.6) depressões, (1.12.7) doença mental VS doença física, (1.12.8) doenças mentais permanentes, (1.12.9) doenças mentais temporárias, (1.12.10) dúvidas, (1.12.11) mau funcionamento cerebral, (1.12.12) problema mental, (1.12.13) reconhecimento de doença mental, (1.12.14) tetraplegia, (1.12.15) trauma, (1.12.16) traumatismo craniano e (1.12.17) trissomia 21.	
1.12.1. Alzheimer	Esta categoria inclui toda a informação relativa ao Alzheimer enquanto problema	“(Dinamizador) Eu gostava de saber o que é

	de saúde mental considerado pelos jovens.	que vocês acham que é uma doença mental? (P. Masculino) Uma depressão...hm... um AVC...hmm.. Alzheimer...”
1.12.2. Autismo	Esta categoria inclui toda a informação relativa ao autismo enquanto doenças mentais consideradas pelos jovens.	“Esse menino que tem um irmão é autista,(...)” (P. Feminino)
1.12.3. AVC	Esta categoria inclui toda a informação relativa aos AVC enquanto problema de saúde mental considerado pelos jovens.	“(Dinamizador) Eu gostava de saber o que é que vocês acham que é uma doença mental? (P. Masculino) Uma depressão...hm... um AVC...hmm.. Alzheimer...”
1.12.4. Cancro	Esta categoria inclui toda a informação relativa ao cancro enquanto problema de saúde mental considerado pelos jovens.	“(Dinamizador) Eu gostava de saber o que é que vocês acham que é uma doença mental? (P. Masculino) Uma depressão...hm... um AVC...hmm.. Alzheimer... Essas coisas assim mais, que tem a ver com a cabeça e assim mais, ... Também o cancro...”
1.12.5. Comportamentos Anormais	Esta categoria inclui toda a informação relativa a um problema mental considerado, pelos adolescentes, como comportamento anormal não considerada enquanto doença mental efectiva.	“(...) fazia assim esses comportamentos anormais de... de...estar com falta de saúde mental, e pronto.” (P. Masculino)

<p>1.12.6. Depressões</p>	<p>Esta categoria inclui toda a informação relativa às "depressões" enquanto doenças mentais consideradas pelos jovens.</p>	<p>“(Dinamizador) Eu gostava de saber o que é que vocês acham que é uma doença mental? (P. Masculino) Uma depressão...”</p>
<p>1.12.7. Doença Mental Vs Doença Física</p>	<p>Esta categoria inclui toda a informação relativa a "doenças mentais temporárias/com tratamento" considerado, pelos adolescentes, como uma alteração não considerada enquanto doença mental efectiva.</p>	<p>“ Sim mas é uma doença mental, não é uma doença da perna ou do braço..” (P. Masculino)</p>
<p>1.12.8. Doença Mental Permanente</p>	<p>Esta categoria inclui toda a informação relativa a comparações entre doença mental e doença física realizada ao longo do discurso pelos jovens.</p>	<p>“Doenças temporárias, para mim, as que eu... uma maneira de dizer, um pouco, mas são doenças que podem ser curadas.” (P. Masculino)</p>
<p>1.12.9. Doença Mental Temporária</p>	<p>Esta categoria inclui toda a informação relativa a "doenças mentais permanentes/que não têm cura" considerado, pelos adolescentes, como uma alteração não considerada enquanto doença mental efectiva.</p>	<p>“Eu também estou a falar de doenças mentais mais permanentes, não estou a dizer pontuais.” (P. Masculino)</p>
<p>1.12.10.Dúvidas</p>	<p>Esta categoria inclui toda a informação relativa a exemplos de dúvidas colocadas ao longo da dinamização sobre aquilo que os jovens consideram ser ou não doenças mentais.</p>	<p>“ Mas tu estás a falar de um trauma ou estás a falar de uma doença mental?” (P. Masculino) “Mas tu estás a falar de um trauma ou estás a falar de uma doença mental?” (P.</p>

		Masculino) “K, o que é que entendes por depressão?” (P. Masculino)
1.12.11. Mau Funcionamento Cerebral	Esta categoria inclui toda a informação relativa ao mau funcionamento cerebral enquanto doenças mentais consideradas pelos jovens.	“Eu tenho um amigo, que andava na minha turma da minha escola antiga, e ele nasceu com uma doença que só conseguia usar metade do cérebro, (...)” (P. Feminino)
1.12.12. Problema Mental	Esta categoria inclui toda a informação relativa a um problema mental considerado, pelos adolescentes, como uma alteração não considerada enquanto doença mental efectiva.	“Eu também acho mais ou menos a mesma coisa que o senhor deve ter um problema mental ou coisa assim (...)” (P. Masculino) “Na minha antiga escola, na minha turma, havia um menino que já era suposto andar no 9º ano e que andava na nossa, e tinha um problema mental.” (P. Feminino)
1.12.13.Reconhecimento de Doença Mental	Inclui-se nesta categoria toda a informação que declare o reconhecimento dos jovens sobre uma doença/perturbação/problema mental.	“ (...) e acho que ele, por exemplo, por causa disso da bola autodestruir-se, acho que ele tem algum trauma e acho mesmo que ele tem um problema mental. (P. Masculino)

		<p>“Há um colega nosso, que anda no sexto ano, que tem um problema mental (...)” (P. Masculino)</p> <p>“Uma depressão, também não vai passar, mas ao menos, hm, ao menos cada vez a pessoa vai esquecendo... Nunca vai esquecer totalmente, mas vai esquecendo mais. Mas acho que é um problema que não concordo com o K, porque acho que é um problema mental, não é um problema físico.” (P. Feminino)</p>
1.12.14.Tetraplegia	Esta categoria inclui toda a informação relativa à tetraplegia enquanto problema considerado pelos jovens de saúde mental.	“ (...) por exemplo, a minha mãe tinha uma aluna, que também, que era tetraplégica, que era de nascença, (...)” (P. Masculino)
1.12.15.Trauma	Esta categoria inclui toda a informação relativa ao trauma enquanto problema considerado pelos jovens de saúde mental.	“Eu uma vez passei na rua, estava a andar bicicleta e vi um senhor sem-abrigo, que era muito conhecido, a falar para as garrafas que encontrava no lixo, porque eu sei que a mãe dele e a irmã, quando a mãe morreu a irmã expulsou-o de casa e ele começou a ter

		<p>problemas mentais e dorme na rua e fala sempre com objectos, não com pessoas. Mesmo quem queira ajudar ele não ia, só fala mesmo com objectos e garrafas. Eu acho que isso é um trauma, um problema, que ele tem e acho que é preciso ajudar.” (P. Masculino)</p>
<p>1.12.16.Traumatismo Craniano</p>	<p>Esta categoria inclui toda a informação relativa a traumatismos cranianos enquanto problema considerado pelos jovens de saúde mental.</p>	<p>“ (...) excesso de trabalho que dá stress, que pode também causar certos problemas mentais, e pode também acontecer um acidente e pode ter um traumatismo craniano por exemplo.” (P. Masculino)</p>
<p>1.12.17.Trissomia 21</p>	<p>Esta categoria inclui toda a informação relativa à trissomia enquanto problema de saúde mental considerado pelos jovens.</p>	<p>“ (Dina mizador) O que é que são doenças mentais permanentes? (P. Masculino) Para mim uma doença mental de nascença, tipo trissomia 21...”</p>

<p>1.13. Prognóstico</p>	<p>Nesta categoria integram-se os conhecimentos referidos pelos jovens sobre o prognóstico da doença mental, nomeadamente: (1.13.1) cura, (1.13.2) evolução, (1.13.3) factores de bom prognóstico, (1.13.4) factores de mau prognóstico e (1.13.5) tratamento.</p>	
<p>1.13.1. Cura</p>	<p>Esta categoria inclui toda a informação relativa à percepção dos jovens acerca da possibilidade ou impossibilidade de cura da perturbação mental.</p>	<p>“Hmm, por exemplo, uma pessoa tem uma depressão, e tem imensos amigos a apoiá-lo, nunca o deixam cair a cabeça, ajudam sempre quando ele precisa... Acho que com o tempo, essa pessoa, vai encarando a vida com outros olhos, e acho que deixa de ter a depressão, hmm... com os amigos, mas...” (P. Feminino)</p> <p>“(Dinamizador) Então todas as doenças mentais tem cura?”</p> <p>(confusão) Não... Depende...</p> <p>(P. Masculino) Há umas que tem e outras que não, por exemplo, a depressão sim, mas...”</p>
<p>1.13.2. Evolução</p>	<p>Esta categoria inclui toda a informação relativa à percepção dos jovens acerca da evolução da perturbação mental,</p>	

	nomeadamente: (1.13.2.1.) percepção negativa e (1.13.2.2.) percepção positiva.	
1.13.2.1.Percepção Negativa	Esta categoria inclui toda a informação relativa à percepção dos jovens acerca da evolução negativa da perturbação mental.	<p>“Nisso eu concordo, mas, nós por exemplo, no fim da depressão, nós podemos vir a ter outras...” (P. Masculino)</p> <p>“Uma gripe, cura-se rápido. Uma depressão não.” (P. Masculino)</p>
1.13.2.2.Percepção Positiva	Esta categoria inclui toda a informação relativa à percepção dos jovens acerca da evolução positiva da perturbação mental.	<p>“ (P. Masculino) Acabou de ter uma depressão... Então ela acabou de ter um problema mental?</p> <p>(P. Masculino) Sim...</p> <p>(P. Masculino) Tu dizes... acabou de ter, e, parou de ter de repente?!</p> <p>(P. Masculino) De repente não... Foi com o tempo...”</p>
1.13.3. Factores de Bom prognóstico	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa aquilo que são considerados pelos jovens como factores indicadores de bom prognóstico, nomeadamente: (1.13.3.1.) boas recordações, (1.13.3.2.) força, (1.13.3.3.) levantar-se, (1.13.3.4.) lutar, (1.13.3.5.) saúde, (1.13.3.6.) saúde mental, (1.13.3.7.) seguir em frente, (1.13.3.8.) ter ajuda.	
1.13.3.1.Boas recordações	Inclui-se nesta categoria todas as informações relativas à boas recordações	“E também acho que, enquanto nós

	enquanto factor de bom prognóstico para a doença mental, segundo os participantes.	estivermos tristes com isso, hm, podemos vir a ficar muito deprimidos e sem ajuda de amigos para divertir e assim, acho que, pode ser impossível, ou uma psicóloga ou assim... Acho que até pode ser impossível, porque nós necessitamos de ajuda para recuperar esse tempo perdido com essa pessoa, precisamos de uma ajuda especial para nós só recordarmos das coisas boas dele, dessas pessoas, e não nos deixarmos levar por essa tristeza, e saber que temos sempre alguém com quem contar.” (P. Masculino)
1.13.3.2.Força	Inclui-se nesta categoria todas as informações relativas à força do sujeito enquanto factor de bom prognóstico para a doença mental, segundo os participantes.	“A depressão pode dar a qualquer pessoas, mas aquelas pessoas que são mais fortes, é mais difícil ter a depressão...” (P. Masculino)
1.13.3.3.Levantar-se	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa ao comportamento de "levantar a cabeça" por parte da pessoa com doença mental enquanto indicador de bom prognóstico.	“(…) acho que também que tem a ver com o feitio da pessoa e com a maneira da pessoa ser, porque a pessoa pode se ter agarrado ao passado, ou pode ser uma

		<p>peessoa que facilmente levanta a cabeça e anda para a frente. É como a minha mãe, ela estava muito triste, mas por causa de nós, e dos meus irmãos, ela teve que levantar a cabeça rapidamente pra poder-nos criar a nós.” (P. Feminino)</p>
1.13.3.4.Lutar	<p>Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à capacidade de "lutar"/"não se deixar levar", mencionado pelos jovens, enquanto factor de bom prognóstico.</p>	<p>“(…) pode acontecer alguma coisa que marque para o resto da vida, e... eu acho que se isso acontecer, a pessoa não se pode deixar levar, a vida continua e temos que continuar a lutar para seguir em frente.” (P. Masculino)</p>
1.13.3.5.Saúde	<p>Inclui-se nesta categoria todas as informações relativas à saúde enquanto factor de bom prognóstico para a doença mental, segundo os participantes.</p>	<p>“ Alguém pode ter um problema e como tem muita saúde, se calhar, não se afecta tanto como uma pessoa normal...” (P. Masculino)</p>
1.13.3.6.Saúde Mental	<p>Inclui-se nesta categoria todas as informações relativas à saúde mental enquanto factor de bom prognóstico para a doença mental, segundo os participantes.</p>	<p>“Por exemplo, se um familiar nosso agora morresse, nós, ... esse problema podia afectar-nos de uma certa maneira... hmm... se calhar precisávamos de ajuda para</p>

		ultrapassarmos... mas acho que uma pessoa com saúde mental não, não se afec... Afecta-se também como outras pessoas que não tenham. “ (P. Feminino)
1.13.3.7. Seguir em frente	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à capacidade de seguir em frente, mencionado pelos jovens, enquanto factor de bom prognóstico.	“(...) pode acontecer alguma coisa que marque para o resto da vida, e... eu acho que se isso acontecer, a pessoa não se pode deixar levar, a vida continua e temos que continuar a lutar para seguir em frente.” (P. Masculino)
1.13.3.8. Ter ajuda	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa ao fornecimento de suporte atempado face à doença mental enquanto indicador de bom prognóstico, nomeadamente: (1.13.3.8.1.) acompanhamento psicológico e (1.13.3.8.2.) apoio dos amigos.	
1.13.3.8.1. Acompanhamento Psicológico	Esta categoria inclui toda a informação relativa ao acompanhamento psicológico que as pessoas com doença mental têm e que permite um bom prognóstico da doença.	“E também acho que, enquanto nós estivermos tristes com isso, hm, podemos vir a ficar muito deprimidos e sem ajuda de amigos para divertir e assim, acho que, pode ser impossível, ou uma psicóloga ou assim... Acho que até pode ser impossível, porque nós necessitamos de ajuda para recuperar esse tempo perdido com essa

		<p>peessoa, precisamos de uma ajuda especial para nós só recordarmos das coisas boas dele, dessas pessoas, e não nos deixarmos levar por essa tristeza, e saber que temos sempre alguém com quem contar.” (P. Masculino)</p>
1.13.3.8.2. Apoio dos Amigos	<p>Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa ao apoio disponibilizado pelos amigos à pessoa com doença mental enquanto indicador de bom prognóstico.</p>	<p>“Eu acho que sim, hum... Depende também das condições como ele disse, se nós tivermos amigos que nos apoiem, acho que consegue-se sempre passar esses problemas, de gravidade, mas acho que sim...” (P. Feminino)</p>
1.13.4. Factores de Mau Prognóstico	<p>Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa aquilo que são considerados pelos jovens como factores indicadores de mau prognóstico, nomeadamente: (1.13.4.1.) falta de apoio, (1.13.4.2.) ficar a pensar, (1.13.4.3.) não ter a quem pedir ajuda, (1.13.4.4.) não ter amigos, (1.13.4.5.) rejeitar ajuda e (1.13.4.6.) solidão.</p>	
1.13.4.1.Falta de Apoio	<p>Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à falta de apoio face à doença mental considerada, pelos jovens, como um indicador de mau prognóstico.</p>	<p>“ Mas, se não tiver ajudas se ficar sozinha e isolada aí até pode mesmo levar ao suicídio.” (P. Masculino)</p>
1.13.4.2.Ficar a pensar	<p>Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à permanência de pensamento focado nos momentos que causaram a doença mental, enquanto indicador de mau</p>	<p>“Agora se tu estás a dizer que não concordas com uma pessoa nascer, não é, e</p>

	prognóstico.	depois passado algum tempo, ter por exemplo, a avó ter morrido, ou assim... Tu claro que ficas... podes ter uma depressão se ficares... se ninguém te ajudar nisso e ficares sempre a pensar nisso...” (P. Masculino)
1.13.4.3.Não Ter a Quem Pedir Ajuda	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à inexistência de elementos a quem recorrer para ajuda considerada, pelos jovens, como um indicador de mau prognóstico.	“Agora se tu estás a dizer que não concordas com uma pessoa nascer, não é, e depois passado algum tempo, ter por exemplo, a avó ter morrido, ou assim... Tu claro que ficas... podes ter uma depressão se ficares... se ninguém te ajudar nisso e ficares sempre a pensar nisso...” (P. Masculino)
1.13.4.4.Não Ter Amigos	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à não existência de amigos para recuperação de uma doença mental, mencionado pelos jovens enquanto factor de mau prognóstico de doença mental.	“E também acho que, enquanto nós estivermos tristes com isso, hm, podemos vir a ficar muito deprimidos e sem ajuda de amigos para divertir e assim, acho que, pode ser impossível, (...) (P. Masculino)
1.13.4.5.Rejeitar Ajuda	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à rejeição de ajuda face à	“Mesmo quem queira ajudar ele não ia, só

	doença mental considerada, pelos jovens, como um indicador de mau prognóstico.	fala mesmo com objectos e garrafas. Eu acho que isso é um trauma, um problema, que ele tem e acho que é preciso ajudar.” (P. Masculino)
1.13.4.6.Solidão	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à solidão considerada, pelos jovens, como um indicador de mau prognóstico.	“ Mas, se não tiver ajudas se ficar sozinha e isolada aí até pode mesmo levar ao suicídio.” (P. Masculino)
1.13.5. Tratamento	Esta categoria inclui toda a informação relativa à percepção dos jovens acerca da possibilidade ou impossibilidade de tratamento da perturbação mental, nomeadamente: (1.13.5.1.) impacto do tratamento e (1.13.5.2.) tratamentos identificados.	
1.13.5.1.Impacto do Tratamento	Esta categoria inclui informação relativa à percepção dos jovens acerca da eficácia ou ineficácia dos tipos de tratamento para a doença mental por eles referidos, nomeadamente (1.13.5.1.1.) tratamentos eficazes	
1.13.5.1.1. Tratamentos Eficazes	Esta categoria inclui toda a informação relativa a tratamentos para a doença mental considerados, pelos jovens, como eficazes, nomeadamente o recurso ao (1.13.5.1.1.1.) hospital.	
1.13.5.1.1.1. Hospital	Esta categoria inclui toda a informação relacionada com o recurso ao hospital/internamento hospitalar enquanto tratamento eficaz associado pelos jovens à doença mental.	“Um dia, tiveram que o levar para o hospital e internaram-no, para o tratarem, e agora já está mais ou menos bem...” (P. Feminino)
1.13.5.2.Tratamentos Identificados	Esta categoria inclui toda a informação relacionada com todo o tipo de tratamentos associados pelos jovens à doença mental, nomeadamente o (1.13.5.2.1) hospital e (1.13.5.2.2) psicólogos.	

<p>1.13.5.2.1. Hospital</p>	<p>Esta categoria inclui toda a informação relacionada com o recurso ao hospital/internamento hospitalar enquanto recurso de tratamento associado pelos jovens à doença mental.</p>	<p>“Um dia, tiveram que o levar para o hospital e internaram-no, para o tratarem, e agora já está mais ou menos bem...” (P. Feminino)</p>
<p>1.13.5.2.2. Psicólogos</p>	<p>Esta categoria inclui toda a informação relacionada com o recurso aos psicólogos enquanto recurso de tratamento associado pelos jovens à doença mental.</p>	<p>“E também acho que, enquanto nós estivermos tristes com isso, hm, podemos vir a ficar muito deprimidos e sem ajuda de amigos para divertir e assim, acho que, pode ser impossível, ou uma psicóloga ou assim... Acho que até pode ser impossível, porque nós necessitamos de ajuda para recuperar esse tempo perdido com essa pessoa, precisamos de uma ajuda especial para nós só recordarmos das coisas boas dele, dessas pessoas, e não nos deixarmos levar por essa tristeza, e saber que temos sempre alguém com quem contar.” (P. Masculino)</p>
<p>1.14. Proximidade</p> <p>Inserir-se nesta categoria toda a informação enunciada, relativa à proximidade dos participantes com a doença mental, onde se inclui: (1.14.1) amigos com doença mental, (1.13.2) familiares com doença mental e (1.13.3) outros com doença mental.</p>		
<p>1.14.1. Amigos com Doença</p>	<p>Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à existência de contacto</p> <p>“Eu tenho um amigo, que andava na minha</p>	

Mental	próximo dos jovens com um(a) amigo(a) com perturbação mental.	turma da minha escola antiga, e ele nasceu com uma doença que só conseguia usar metade do cérebro, (...)” (P. Feminino)
1.14.2. Familiares com Doença Mental	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à existência de contacto próximo dos jovens com um familiar com doença mental, nomeadamente: (1.14.2.1.) avô ou avó, (1.14.2.2.) mãe e (1.14.2.3.) primos.	
1.14.2.1. Avô ou Avó	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa aos enunciados dos jovens relacionados com a doença mental do respectivo avô/avó	<p>“Eu sobre a saúde mental eu tenho família, os meus avós, foram sempre pessoas muito doentes de saúdes mentais.” (P. Masculino)</p> <p>“Eu tenho um avô meu que já passou... praí à dois anos que tem sempre depressões.” (P. Masculino)</p>
1.14.2.2. Mãe	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa aos enunciados dos jovens relacionados com a doença mental da respectiva mãe.	<p>“ Eu perdi o meu avô, há cerca de 5 anos, e foi no dia do pai, numa festa de homenagem a ele, do meu avô... E fizeram uma festa de homenagem e era no dia do pai, então, ele rebentou-lhe uma veia... Então a minha mãe, durante muito tempo não conseguia, às vezes, ficava muito triste, (...)” (P. Feminino)</p>

<p>1.14.2.3.Primos</p>	<p>Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa aos enunciados dos jovens relacionados com a doença mental dos respectivos primo.</p>	<p>“ Eu tenho um primo, ainda não se sabe de nada. Mas eu acho... eu e a minha mãe achamos que ele tem um problema, só não me lembro agora do nome (...)” (P. Masculino)</p>
<p>1.14.3. Outros com Doença Mental</p>	<p>Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à existência de contacto próximo dos jovens com uma pessoa, que não familiar ou amigos, com perturbação mental.</p>	<p>“ É assim, o meu exemplo, teve um problema também, que morreu. Foi de AVC. Mas também antes disso, ele já não estava muito bem, porque ele tinha um Boxer, e o Boxer morreu, e ele não se adaptou muito bem... E, aí já não falava com ninguém, não comia, só estava num quarto, nunca saía, estava sempre numa cadeira com os olhos abertos, mas não fazia nada, nem mexer um braço nem nada. E depois descobriram lá o Alzheimer, era isso, e morreu.” (P. Masculino)</p>

1.15. Terminologia	Nesta categoria integra-se toda a informação relativa à terminologia utilizada pelos jovens, para designar alguém com uma doença mental, nomeadamente: (1.15.1) autista, (1.15.2) deprimido, (1.15.3) miúdo um bocado doente e (1.15.4) tem sempre aquela falha.	
1.15.1. Autista	Esta categoria inclui toda a informação relativa terminologia utilizada pelos jovens, neste caso "Autista", para designar alguém com uma doença mental.	“Esse menino que tem um irmão é autista, então uma vez...” (P. Feminino)
1.15.2. Deprimido	Esta categoria inclui toda a informação relativa terminologia "deprimido", utilizada pelos jovens para designar alguém com uma doença mental.	“ A mãe não ficou deprimida. Ficou assustada, provavelmente ficou assustada com a situação do filho mas deprimida com o filho ter tido um traumatismo craniano...” (P. Masculino)
1.15.3. Miúdo um bocado doente	Esta categoria inclui toda a informação relativa terminologia utilizada pelos jovens para designar alguém com uma doença mental, neste caso enquanto "um miúdo um bocado doente".	“ Ele é um miúdo um bocado doente, e que não quer pensar.” (P. Masculino)
1.15.4. Tem Sempre Aquela Falha	Esta categoria inclui toda a informação relativa terminologia "tem sempre aquela falha", utilizada pelos jovens para designar alguém com uma doença mental.	“ O X, tem sempre aquela falha...” (P. Masculino)

<p>1.16. Vulnerabilidade</p>	<p>Integra-se nesta categoria toda a informação enunciada pelos participantes face à vulnerabilidade de desenvolver uma doença mental, onde se inclui: (1.16.1) qualquer pessoa.</p>	
<p>1.16.1. Qualquer Pessoa</p>	<p>Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa aos enunciados dos jovens que apontam para o facto de qualquer pessoa poder desenvolver uma doença mental.</p>	<p>“(Dinamizador) vocês acham que toda a gente pode desenvolver uma doença mental?</p> <p>(P. Masculino) Eu acho que sim, dependendo do comportamento, ou do comportamento que as outras pessoas tenham com essa pessoa, pode acontecer alguma coisa que marque para o resto da vida, e... eu acho que se isso acontecer, a pessoa não se pode deixar levar, a vida continua e temos que continuar a lutar para seguir em frente.</p> <p>(...)</p> <p>(P. Feminino) Eu acho que sim, hum... Depende também das condições como ele disse, se nós tivermos amigos que nos apoiem, acho que consegue-se sempre passar esses problemas, de gravidade, mas</p>

		acho que sim...”
--	--	------------------

2. <u>Definição de Saúde Mental</u>	Insere-se nesta categoria toda a informação relativa ao conhecimento dos participantes face saúde mental, onde se inclui: (2.1) Características Pessoais e (2.2) Factores Protectores e Promotores.	
2.1. Características Pessoais e Sinais	Insere-se nesta categoria toda a informação relativa ao conhecimento dos participantes sobre as Características pessoais e sinais de saúde mental, onde se inclui: (2.1.1) acreditar em si mesmo, (2.1.2) capacidade de pensar, (2.1.3) capacidade de resolução de problemas, (2.1.4) capacidade de sonhar, (2.1.5) felicidade, (2.1.6) Força interior (2.1.7) nada ou pouca coisa afecta, (2.1.8) não se deixa ir abaixo, (2.1.9) normalidade, (2.1.10) resiliência, (2.1.11) resistência e (2.1.12) seguir em frente.	
2.1.1. Acreditar em si mesmo	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à auto-estima e auto-conceito enquanto factor que, segundo os jovens, poderá proteger/promover a saúde mental.	“(...) força interior, é nós acreditarmos em nós próprios, porque se nós não acreditarmos em nós ninguém acreditará...” (P. Feminino)
2.1.2. Capacidade de pensar	Inclui-se nesta categoria todas as informações relativas ao pensamento enquanto característica/sinal de SM, segundo os participantes.	“Todos temos saúde mental, claro, se não, não pensávamos, nem sonhávamos nem nada.” (P. Masculino)
2.1.3. Capacidade de resolução de problemas	Inclui-se nesta categoria informações relativas à superação de problemas enquanto característica/sinal referido(a) pelos participantes a propósito da pessoa com saúde mental.	“É assim, eu acho que uma pessoa com saúde mental é uma pessoa que é muito forte, mentalmente, pode ter um problema mas

		consegue vencê-lo, porque é muito forte mentalmente e nada a afecta, porque tem saúde mental.” (P. Masculino)
2.1.4. Capacidade de sonhar	Inclui-se nesta categoria todas as informações relativas ao sonho enquanto característica/sinal de SM, segundo os participantes.	“Todos temos saúde mental, claro, se não, não pensávamos, nem sonhávamos nem nada.” (P. Masculino)
2.1.5. Felicidade	Inclui-se nesta categoria informações relativas à felicidade enquanto característica/sinal referido(a) pelos participantes a propósito da pessoa com saúde mental.	“É assim, uma pessoa para ter saúde mental, precisa de estar feliz na vida (...)” (P. Masculino)
2.1.6. Força interior	Inclui-se nesta categoria informações relativas à força "mental" enquanto característica/sinal referido(a) pelos participantes a propósito da pessoa com saúde mental.	“(...)força interior, é nós acreditarmos em nós próprios, porque se nós não acreditarmos em nós ninguém acreditará (...)” (P. Feminino)
2.1.7. Nada ou pouca coisa afecta	Inclui-se nesta categoria informações relativas ao facto de nada/pouca coisa afectar a pessoa enquanto característica/sinal referido(a) pelos participantes a propósito da pessoa com saúde mental.	“A saúde mental, eu acho que, para mim, é ter um pouco mais de resistência mentalmente, ou seja, os problemas não afectam tanto como pessoas normais.” (P. Masculino)
2.1.8. Não se deixa ir abaixo	Inclui-se nesta categoria informações relativas "não se deixar ir abaixo" enquanto característica/sinal referido(a) pelos participantes a propósito da pessoa com saúde mental.	“São pessoas fortes que não se deixam ir abaixo e que, por alguns motivos, e que passam à frente e que, seguem em frente e que

		esquecem aquilo (...)” (P. Masculino)
2.1.9. Normalidade	Inclui-se nesta categoria informações relativas à normalidade enquanto característica/sinal referido(a) pelos participantes a propósito da pessoa com saúde mental, nomeadamente no que diz respeito ao comportamento.	“(...) uma pessoa normal também pode ter uma depressão, e pode... uma pessoa normal pode ter uma depressão (...)” (P. Feminino)
2.1.10. Resiliência	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à resiliência enquanto característica pessoal/sinal da pessoa com saúde mental.	“(...) ele tem saúde mental, eu conheço-o, ele tem saúde mental, a mãe dele morreu e ele ficou isolado.” (P. Feminino)
2.1.11. Resistência	Inclui-se nesta categoria informações relativas à resistência enquanto característica/sinal referido(a) pelos participantes a propósito da pessoa com saúde mental.	“A saúde mental, eu acho que, para mim, é ter um pouco mais de resistência mentalmente, ou seja, os problemas não afectam tanto como pessoas normais.” (P. Masculino)
2.1.12. Seguir em frente	Inclui-se nesta categoria informações relativas a "seguir em frente" enquanto característica/sinal referido(a) pelos participantes a propósito da pessoa com saúde mental.	“Fortes em... Esquecem-se daquilo, querem seguir para a frente (...)”(P. Masculino)

2.2. Factores Protectores e Promotores	Integra-se nesta categoria toda a informação enunciada pelos participantes sobre os factores protectores e promotores da saúde mental, onde se inclui: (2.2.1) felicidade, (2.2.2) lutar por ser saudável, (2.2.3) ter amigos, (2.2.4) ter apoio, (2.2.5) ter coisas boas, (2.2.6) ter família, (2.2.7) ter saúde e (2.2.8)tranquilidade.	
2.2.1 Felicidade	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à felicidade enquanto factor que, segundo os jovens, poderá proteger/promover a saúde mental.	“(…) nós dar-mo-nos bem com eles, sermos felizes com eles, (...)” (P. Masculino)
2.2.2 Lutar por ser saudável	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à luta do sujeito para a manutenção da SM, enquanto factor que, segundo os jovens, poderá proteger/promover a saúde mental.	“(…) nós temos que ter saúde mental, para sermos saudáveis (...)”(P. Masculino)
2.2.3 Ter amigos	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à presença de amigos enquanto factor que, segundo os jovens, poderá proteger/promover a saúde mental.	“E a escova, acho que é os nossos amigos, a nossa família, que sempre nos vai apoiar quando nós precisamos.” (P. Feminino)
2.2.4 Ter apoio	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à existência de apoio enquanto factor que, segundo os jovens, poderá proteger/promover a saúde mental, nomeadamente (2.2.4.1) apoio familiar.	
2.2.4.1	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à existência de apoio familiar enquanto factor que, segundo os jovens, poderá proteger/promover a saúde mental.	“(…)Com que nós tenhamos saúde mental, eu acho que é ter carinho dos pais, ter coisas boas (...)”(P. Masculino)
2.2.5 Ter coisas boas	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à obtenção de coisas boas enquanto factor que, segundo os jovens, poderá proteger/promover a saúde	“(…)Com que nós tenhamos saúde mental, eu acho que é ter carinho dos pais, ter coisas boas

	mental.	(...)"(P. Masculino)
2.2.6 Ter família	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à presença da família enquanto factor que, segundo os jovens, poderá proteger/promover a saúde mental.	"(...) a nossa família e os nossos amigos (...) nós dar-mo-nos bem com eles, sermos felizes com eles (...)" (P. Masculino)
2.2.7 Ter Saúde	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à saúde enquanto factor que, segundo os jovens, poderá proteger/promover a saúde mental.	"Na saúde mental, nós... hmm... já não é pasta de dentes nem escova, mas... acho que... para termos saúde mental nós precisamos de... termos saúde (...)"(P. Masculino)
2.2.8 Tranquilidade	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à tranquilidade enquanto factor que, segundo os jovens, poderá proteger/promover a saúde mental.	"(...) não tenhamos assim grandes coisas, que nos deixam perturbados, e com que não tenhamos nascido com nenhum problema mental." (P. Feminino)

3. <u>Accões de Sensibilização</u>	Inser-se nesta categoria toda a informação relativa às considerações a ter em conta na construção das acções de sensibilização, onde se inclui: (3.1) formato das sessões, (3.2) interesse na participação
3.1. Formato das Sessões	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa aos (3.1.1) conteúdos e (3.1.2) estratégias, propostas pelos jovens para a dinamização das sessões.
3.1.1. Conteúdos	Esta categoria diz respeito à informação relativa aos temas que, segundo os jovens, deverão ser abordados nas sessões,

	nomeadamente: (3.1.1.1) aprender o que fazer face à doença mental, (3.1.1.2) factores promotores e protectores e (3.1.1.3) problemas de saúde mental.	
3.1.1.1. Aprender o que Fazer Face à Doença Mental	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à aprendizagem do que se pode fazer enquanto conteúdo, sugerido pelos jovens, para as acções.	“Sobre o que é que podíamos fazer para ajudar as pessoas que tem certas doenças mentais (...)”(P. Masculino)
3.1.1.2. Factores Promotores e Protectores	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à abordagem dos factores promotores/protectores da saúde mental enquanto conteúdo, sugerido pelos jovens, para as acções.	<p>“Dos cuidados... da força que a pessoa tem que ter se tiver algum problema. Por exemplo, a pessoa a quem nós estivermos a mostrar esse trabalho, pode vir a ter um problema mental... e nós ajudamos antes de ela ter, se tiver, a ter força, os cuidados (...)” (P. Feminino)</p> <p>“Estás a falar daquilo de há bocado, o que é que podemos fazer para ter saúde mental? É isso?” (Dinamizador)</p> <p>“Humm humm (...)”(P. Feminino)</p>
3.1.1.3. Problemas de Saúde Mental	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à abordagem de problemas de saúde mental específicos enquanto conteúdo, sugerido pelos jovens, para as acções, nomeadamente (3.1.1.3.1) depressões e (3.1.1.3.2) gerais.	

<p>3.1.1.3.1. Depressões</p>	<p>Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à abordagem da depressão enquanto conteúdo, sugerido pelos jovens, para as acções.</p>	<p>“(Dinamizador) O que é que vocês gostavam que fosse falado nesses... Calma... (P. Masculino) O que nós estivemos a falar agora... (P. Masculino) Do que nós estivemos a falar... (P. Masculino) Depressões...”</p>
<p>3.1.1.3.2. Gerais</p>	<p>Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à abordagem de problemas de saúde mental em geral enquanto conteúdo, sugerido pelos jovens, para as acções.</p>	<p>“Acho que podiam falar sobre, sobre várias doenças mentais...” (P. Masculino)</p>
<p>3.1.2. Estratégias</p> <p>Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à forma como, segundo os jovens, os conteúdos deveriam ser abordados nas sessões, nomeadamente: (3.1.2.1) convidar/contactar pessoas, (3.1.2.2) imagens, (3.1.2.3) questionários, (3.1.2.4) sessões desenvolvidas pelos jovens e (3.1.2.5) ver filme ou vídeos.</p>		
<p>3.1.2.1. Convidar/Contactar Pessoas</p>	<p>Inclui-se nesta categoria toda a informação relacionada com o convite/contacto a/com pessoas externas para dinamização das sessões, enquanto estratégia referida pelos jovens.</p>	<p>“Não... Eu acho que também fazia bem virem pessoas de fora... Cá falar... Especialmente se fossem pessoas que estudam isso regularmente, por exemplo, na faculdade...” (P. Masculino)</p>

		“o que eu fazia era... contactava fontes especiais (...)” (P. Masculino)
3.1.2.2. Imagens	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa ao recurso a imagens enquanto estratégia sugerida pelos jovens para abordar os conteúdos nas acções.	“Pois e depois fazíamos assim com imagens... e uns questionários, uns vídeos...” (P. Masculino)
3.1.2.3. Questionários	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa ao recurso ao preenchimento de questionários enquanto estratégia sugerida pelos jovens para abordar os conteúdos nas acções.	“Pois e depois fazíamos assim com imagens... e uns questionários, uns vídeos...” (P. Masculino)
3.1.2.4. Sessões Desenvolvidas pelos Jovens	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa ao interesse manifestado pelos jovens em serem eles próprios a desenvolverem as acções de promoção da saúde mental.	“É assim eu gostava de fazer esse trabalho e o que eu queria fazer nesse trabalho era, por exemplo, fazer um powerpoint em que... pusessemos assim uma lista de várias saúdes mentais, hmm... várias doenças...” (P. Masculino)
3.1.2.5. Ver Filmes/Vídeos	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa ao recurso a filmes ou vídeos enquanto estratégia sugerida pelos jovens para abordar os conteúdos nas acções.	“Pois e depois fazíamos assim com imagens... e uns questionários, uns vídeos...” (P. Masculino)
3.1.3. Frequência	Nesta categoria integra-se informação relativa à periodicidade e duração das acções de sensibilização, referidas pelos participantes, nomeadamente: (3.1.3.1) tantas quantas possíveis.	

3.1.3.1. Tantas Quantas Possíveis	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à sugestão dos jovens de implementação das sessões tantas vezes quantas as possíveis.	“As que fossem possíveis... por mim era assim, fazíamos no terceiro ciclo todo...” (P. Masculino)
3.2. Interesse na Participação	Nesta categoria integra-se a informação relativa ao interesse manifestado pelos participantes na participação das acções de sensibilização, nomeadamente: (3.2.1) interesse do próprio e (3.2.2) recomendação a amigos.	
3.2.1. Interesse do Próprio	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa ao interesse manifestado pelos jovens na participação em acções de promoção da saúde mental.	“(P. Masculino) Eu participaria... Era isso que eu queria... queria fazer um trabalho... (P. Masculino) Eu também...”
3.2.2. Recomendação a Amigos	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à recomendação da participação, a amigos, num projecto de promoção da saúde mental.	“(Dinamizador) E diziam aos vossos colegas para participarem? (P. Feminino) Sim... (P. Masculino) Dizíamos...”
3.3. Participantes	Nesta categoria integra-se a informação relativa ao público-alvo a ter em conta na dinamização das acções de sensibilização, tal como sugerido pelos participantes, onde se inclui: (3.3.1) tipo de participantes.	
3.3.1. Tipo de Participantes	Esta categoria diz respeito à informação relativa ao tipo de participantes que, segundo os jovens, deverão constituir as acções, nomeadamente: (3.3.1.1) alunos do 1º ciclo, (3.3.1.2) alunos do 2º ciclo, (3.3.1.3) alunos do 3º ciclo, (3.3.1.4) alunos do ensino secundário, (3.3.1.5) alunos do ensino pré-escolar e (3.3.1.6) funcionários do colégio.	

<p>3.3.1.1. Alunos do 1º Ciclo</p>	<p>Esta categoria diz respeito à informação relativa aos alunos do 1º ciclo que, segundo os jovens, deverão constituir-se como participantes nas acções.</p>	<p>“Nós fazíamos a todas as turmas do 3º Ciclo, ou ao 7º e aos do 8º, e depois fazíamos ao 3º e 4º... Pronto, esta é a minha ideia...” (P. Masculino)</p>
<p>3.3.1.2. Alunos do 2º Ciclo</p>	<p>Esta categoria diz respeito à informação relativa aos alunos do 2º ciclo que, segundo os jovens, deverão constituir-se como participantes nas acções.</p>	<p>“Eu acho que fazer isso no 4º ano e até se calhar aos mais velhos, era importante porque para eles perceberem... que isto é um tema que... Um tema muito importante, e... hmm... deve ser abordado por todos e acontece...” (P. Masculino)</p>
<p>3.3.1.3. Alunos do 3º Ciclo</p>	<p>Esta categoria diz respeito à informação relativa aos alunos do 3º ciclo que, segundo os jovens, deverão constituir-se como participantes nas acções.</p>	<p>“Por mim era assim, fazíamos no terceiro ciclo todo...” (P. Masculino)</p>
<p>3.3.1.4. Alunos do Ensino Secundário</p>	<p>Esta categoria diz respeito à informação relativa aos alunos do Ensino Secundário que, segundo os jovens, deverão constituir-se como participantes nas acções.</p>	<p>“Pronto eu fazia ao secundário...” (P. Masculino)</p>
<p>3.3.1.5. Alunos do Ensino Pré-Escolar</p>	<p>Esta categoria diz respeito à informação relativa aos alunos do Ensino Pré-Escolar que, segundo os jovens, deverão constituir-se como participantes nas acções.</p>	<p>“ (P. Masculino) Acho que podíamos ir às outras salas, até às dos mais pequeninos e... (P. Masculino) Os mais pequeninos, então, coitadinhos, o que é que tu vais fazer ao 4º e</p>

		3º ano? (P. Masculino) No pré-escolar é...”
3.3.1.6. Funcionários do Colégio.	Esta categoria diz respeito à informação relativa funcionários do colégio que, segundo os jovens, deverão constituir-se como participantes nas acções.	“Tudo... Até as empregadas...” (P. Masculino)
3.4. Pertinência	Nesta categoria integra-se a informação relativa pertinência atribuída pelos jovens à possível implementação de um projecto de promoção da saúde mental, onde se inclui: (3.4.1) ajudar os amigos.	
3.4.1. Ajudar os Amigos	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à pertinência relacionada com a possibilidade de ajudar os amigos, atribuída pelos jovens a um projecto de promoção da saúde mental.	“E não só... Com alguns alunos mais velhos fazíamos um projecto... é assim, para ajudar os nossos amigos especiais...” (P. Masculino)

4. <u>Interesses Globais</u>	Inserir-se nesta categoria toda a informação relativa aos interesses globais referidos pelos participantes nas vertentes da (4.1) filmes e (4.2) música.	
4.1. Filmes	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa ao tipo de filmes de referência para os jovens, nomeadamente (4.1.1) Exemplos de Filmes Preferidos.	
4.1.1. Exemplos de Filmes Preferidos	Esta categoria inclui toda a informação relacionada com exemplos de tipo de filmes apontados pelos jovens como os seus preferidos, nomeadamente o filme (4.1.1.1) <i>007</i> e (4.1.1.2) <i>Harry Potter</i> .	

4.1.1.1. 007	Esta categoria inclui toda a informação acerca da preferência dos jovens pelos filmes do <i>007- James Bond</i> .	“Eu queria... hmm... o filme era: 007...” (P. Masculino)
4.1.1.2. Harry Potter	Esta categoria inclui toda a informação acerca da preferência dos jovens pelo filme <i>Harry Potter</i> .	“Os filmes eram os do Harry Potter...” (P. Masculino)
4.2. Música	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa ao tipo de música ou intérpretes de referência para os jovens, nomeadamente (4.2.1) exemplos de bandas ou intérpretes preferidos e (4.2.2) género geral.	
4.2.1. Exemplos de Bandas ou Intérpretes Preferidos	Esta categoria inclui toda a informação relacionada com exemplos de bandas ou intérpretes apontados pelos jovens como os seus preferidos, nomeadamente: (4.2.1.1) Adele, (4.2.1.2) Justin Bieber, (4.2.1.3) Linkin Park, (4.2.1.4) Metallica e (4.2.1.5) Shakira.	
4.2.1.1. Adele	Esta categoria inclui as referências dos jovens que contenham informação relativa ao seu interesse pela intérprete Adele.	“ Adele...” (P. Feminio)
4.2.1.2. Justin Bieber	Esta categoria inclui as referências dos jovens que contenham informação relativa ao seu interesse pelo intérprete Justin Bieber.	“Justin Bieber...” (P. Masculino)
4.2.1.3. Linkin Park	Esta categoria inclui as referências dos jovens que contenham informação	“Ah... música é Linkin Park...” (P.

	relativa ao seu interesse pela banda Linkin Park.	Masculino)
4.2.1.4. Metallica	Esta categoria inclui as referências dos jovens que contenham informação relativa ao seu interesse pela banda Metallica.	“Metallica...” (P. Masculino)
4.2.1.5. Shakira	Esta categoria inclui as referências dos jovens que contenham informação relativa ao seu interesse pela intérprete Shakira.	“Ah... Shakira...” (P. Masculino)
4.2.2. Género Geral	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa ao género de música, em geral, que mais interessam os jovens, nomeadamente (4.2.2.1) Pop, (4.2.2.2) Rock e (4.2.2.3) Underfloor.	
4.2.2.1. Pop	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à música Pop enquanto género preferido pelos jovens.	“ É Rock e Pop...” (P. Feminino)
4.2.2.2. Rock	Inclui-se nesta categoria toda a informação relativa à música Rock enquanto género preferido pelos jovens.	“ É Rock e Pop...” (P. Feminino) “Eu é mais pop...” (P. Masculino)
4.2.2.3. Underfloor	Esta categoria inclui as referências dos jovens que contenham informação relativa ao seu interesse pelo género de música <i>Underfloor</i> .	“Mas a mim a música pode ser Underfloor, ou uma música assim...” (P. Masculino)

Anexo 9: Árvore de Categorias

Árvore de Categorias

1. Definição de Doença Mental

1.1. Características e Sintomas

- 1.1.1. Anormalidade
- 1.1.2. Atirar e ou danificar objectos
- 1.1.3. Bater em pessoas
- 1.1.4. Chamar à atenção
- 1.1.5. Comportar-se de forma diferente
- 1.1.6. Danos cerebrais
- 1.1.7. Dificuldades em pronunciar palavras
- 1.1.8. Dúvidas
- 1.1.9. Embotamento Afectivo
- 1.1.10. Esquecimento
- 1.1.11. Estranheza
- 1.1.12. Falar com objectos ou elementos naturais
- 1.1.13. Fazer figuras tristes
- 1.1.14. Gritar com pessoas
- 1.1.15. Imobilidade
- 1.1.16. Infelicidade ou tristeza
- 1.1.17. Início de Consumos
 - 1.1.17.1. Beber
- 1.1.18. Isolamento
- 1.1.19. Não comer
- 1.1.20. Não falar
- 1.1.21. Não ouvir o que lhe dizem
- 1.1.22. Não quer ou não consegue pensar
- 1.1.23. Não querer estar ali
- 1.1.24. Necessidade de partilha de sentimentos e emoções
- 1.1.25. Necessidade de amor
- 1.1.26. Normalidade
 - 1.1.26.1. Ser normal
- 1.1.27. Pensamentos diferentes ou estranhos
- 1.1.28. Pensar mais
- 1.1.29. Sem abrigo
- 1.1.30. Solidão

- 1.1.31. Ter dificuldades cognitivas
- 1.1.32. Ter uma falha
- 1.1.33. Viver no seu mundo
- 1.2. Causas
 - 1.2.1. Adquiridas
 - 1.2.1.1. Acidente
 - 1.2.1.2. Acontecimento de vida incompreendido
 - 1.2.1.3. Ausência de culpa
 - 1.2.1.4. Excesso de trabalho
 - 1.2.1.5. Falta de apoio
 - 1.2.1.6. Isolamento
 - 1.2.1.7. Perda de alguém
 - 1.2.1.8. Pressão
 - 1.2.1.9. Rejeição
 - 1.2.1.10. Ser expulso de casa
 - 1.2.1.11. Solidão
 - 1.2.1.11.1. Não ter amigos
 - 1.2.1.11.2. Não ter ninguém
 - 1.2.1.12. Traumas
 - 1.2.1.13. Trissomia 21
 - 1.2.1.14. Tristeza
 - 1.2.2. Congénitas
 - 1.2.3. Dúvidas
- 1.3. Consequências
 - 1.3.1. Afectar partes do corpo
 - 1.3.2. Andar numa escola diferente
 - 1.3.3. Degradação
 - 1.3.4. Depressão
 - 1.3.5. Dúvidas
 - 1.3.6. Imaginação
 - 1.3.7. Inadaptação
 - 1.3.8. Infelicidade
 - 1.3.9. Mau funcionamento
 - 1.3.10. Morrer
 - 1.3.11. Mudança comportamental
 - 1.3.12. Necessidade de partilha
 - 1.3.13. Necessidade de vigilância

- 1.3.14. Noção da realidade diferente
- 1.3.15. Passar por fase difícil
- 1.3.16. Problemas escolares
- 1.3.17. Reacção inesperada & estranha
- 1.3.18. Rejeição
- 1.3.19. Restrição de contacto
- 1.3.20. Solidão
- 1.3.21. Suicídio
- 1.3.22. Trissomia 21
- 1.3.23. Tristeza
- 1.3.24. Viver na rua
- 1.4. Factores de Prevenção
 - 1.4.1. Comportamento de outros
 - 1.4.2. Comportamento do próprio
 - 1.4.3. Feitio
- 1.5. Factores de risco
 - 1.5.1. Abandono por pais
 - 1.5.2. Acontecimentos de vida significativos
 - 1.5.3. Danos cerebrais
 - 1.5.4. Falta de apoio
 - 1.5.5. Falta de contacto
 - 1.5.5.1. Falta de contacto com crianças
 - 1.5.5.2. Falta de contacto com pessoas em geral
 - 1.5.6. Feitio
 - 1.5.7. Morte de alguém
 - 1.5.8. Não ter carinho dos pais
 - 1.5.9. Não ter/ter poucos amigos
 - 1.5.10. Proximidade
 - 1.5.10.1. Contacto próximo
 - 1.5.11. Rejeição
 - 1.5.12. Sentir-se mal
 - 1.5.12.1. Com ou na família
 - 1.5.13. Stress
 - 1.5.14. Trauma
- 1.6. Factores precipitantes
 - 1.6.1. Perda de alguém
 - 1.6.2. Trauma

- 1.7. Impacto da doença mental do outro (desconhecido)
 - 1.7.1. Cognitivo
 - 1.7.2. Emocional
 - 1.7.2.1. Pena
- 1.8. Impacto da doença mental do outro (próximo)
 - 1.8.1. Comportamental
 - 1.8.1.1. Acompanhar ou não deixar sozinha
 - 1.8.1.2. Arranjar ocupação
 - 1.8.1.3. Distrair
 - 1.8.1.4. Integrar
 - 1.8.1.5. Não querer ajuda
 - 1.8.1.6. Não recordar
 - 1.8.1.7. Perceber
 - 1.8.1.7.1. O motivo
 - 1.8.1.7.2. O que se passa
 - 1.8.1.8. Procurar a pessoa em causa
 - 1.8.1.9. Saber o que se passava
 - 1.8.1.10. Tentar ajudar
 - 1.8.1.11. Tentar que ficasse feliz
 - 1.8.2. Emocional
 - 1.8.2.1. Não aceitar o acontecimento
- 1.9. Impacto da doença mental na comunidade
 - 1.9.1. Comportamental
 - 1.9.1.1. Gozo
- 1.10. Impacto da doença mental no próprio
 - 1.10.1. Emocional
 - 1.10.1.1. Receio de isolamento
- 1.11. Problemas de saúde mental não associados como tal
 - 1.11.1. Depressão
- 1.12. Problemas enunciados como de saúde mental
 - 1.12.1. Alzheimer
 - 1.12.2. Autismo
 - 1.12.3. AVC
 - 1.12.4. Cancro
 - 1.12.5. Comportamentos anormais
 - 1.12.6. Depressões
 - 1.12.7. Doença mental vs doença física

- 1.12.8. Doenças mental permanente
- 1.12.9. Doença mental temporária
- 1.12.10. Dúvidas
- 1.12.11. Mau funcionamento cerebral
- 1.12.12. Problema mental
- 1.12.13. Reconhecimento da doença mental
- 1.12.14. Tetraplegia
- 1.12.15. Trauma
- 1.12.16. Traumatismo craniano
- 1.12.17. Trissomia 21
- 1.13. Prognóstico
 - 1.13.1. Cura
 - 1.13.2. Evolução
 - 1.13.2.1. Percepção negativa
 - 1.13.2.2. Percepção positiva
 - 1.13.3. Factores de bom prognóstico
 - 1.13.3.1. Boas recordações
 - 1.13.3.2. Força
 - 1.13.3.3. Levantar-se
 - 1.13.3.4. Lutar
 - 1.13.3.5. Saúde
 - 1.13.3.6. Saúde Mental
 - 1.13.3.7. Seguir em frente
 - 1.13.3.8. Ter ajuda
 - 1.13.3.8.1. Acompanhamento psicológico
 - 1.13.3.8.2. Apoio dos amigos
 - 1.13.4. Factores de mau prognóstico
 - 1.13.4.1. Falta de apoio
 - 1.13.4.2. Ficar a pensar
 - 1.13.4.3. Não ter a quem pedir ajuda
 - 1.13.4.4. Não ter amigos
 - 1.13.4.5. Rejeitar ajuda
 - 1.13.4.6. Solidão
 - 1.13.5. Tratamento
 - 1.13.5.1. Impacto do tratamento
 - 1.13.5.1.1. Tratamentos eficazes
 - 1.13.5.1.1.1. Hospital

- 1.13.5.2. Tratamentos identificados
 - 1.13.5.2.1. Hospital
 - 1.13.5.2.2. Psicólogos
- 1.14. Proximidade
 - 1.14.1. Amigos com doença mental
 - 1.14.2. Familiares com doença mental
 - 1.14.2.1. Avô ou avó
 - 1.14.2.2. Mãe
 - 1.14.2.3. Primos
 - 1.14.3. Outros com doença mental
- 1.15. Terminologia
 - 1.15.1. Autista
 - 1.15.2. Deprimidos
 - 1.15.3. Miúdo um bocado doente
 - 1.15.4. Tem sempre a aquela falha
- 1.16. Vulnerabilidade
 - 1.16.1. Qualquer pessoa

2. Definição de Saúde Mental

- 2.1. Características pessoais e sinais
 - 2.1.1. Acreditar em si mesmo
 - 2.1.2. Capacidade de pensar
 - 2.1.3. Capacidade de resolução de problemas
 - 2.1.4. Capacidade de sonhar
 - 2.1.5. Felicidade
 - 2.1.6. Força interior
 - 2.1.7. Nada ou pouca coisa afecta
 - 2.1.8. Não se deixar ir abaixo
 - 2.1.9. Normalidade
 - 2.1.10. Resiliência
 - 2.1.11. Resistência
 - 2.1.12. Seguir em frente
- 2.2. Factores protectores e promotores
 - 2.2.1. Felicidade
 - 2.2.2. Lutar por ser saudável
 - 2.2.3. Ter amigos

- 2.2.4. Ter apoio
 - 2.2.4.1. Apoio familiar
- 2.2.5. Ter coisas boas
- 2.2.6. Ter família
- 2.2.7. Ter saúde
- 2.2.8. Tranquilidade

3. Acções de Sensibilização

3.1. Formato das acções

3.1.1. Conteúdos

- 3.1.1.1. Aprender o que fazer face à doença mental
- 3.1.1.2. Factores promotores e protectores
- 3.1.1.3. Problemas de saúde mental
 - 3.1.1.3.1. Depressões
 - 3.1.1.3.2. Gerais

3.1.2. Estratégias

- 3.1.2.1. Convidar/contactar pessoas
- 3.1.2.2. Imagens
- 3.1.2.3. Questionários
- 3.1.2.4. Sessões desenvolvidas pelos jovens
- 3.1.2.5. Ver filmes/vídeos

3.1.3. Frequência

- 3.1.3.1. Tantas quantas possíveis

3.2. Interesse na participação

- 3.2.1. Interesse do próprio
- 3.2.2. Recomendação a amigos

3.3. Participantes

3.3.1. Tipo de participantes

- 3.3.1.1. Alunos do 1º ciclo
- 3.3.1.2. Alunos do 2º ciclo
- 3.3.1.3. Alunos do 3º ciclo
- 3.3.1.4. Alunos do ensino secundário
- 3.3.1.5. Alunos do ensino pré-escolar
- 3.3.1.6. Funcionários do colégio

3.4. Pertinência

- 3.4.1. Ajudar amigos

4. Interesses Globais

4.1. Filmes

4.1.1. Exemplos de filmes preferidos

4.1.1.1. *007*

4.1.1.2. *Harry Potter*

4.2. Música

4.2.1. Exemplos de bandas ou intérpretes preferidos

4.2.1.1. Adele

4.2.1.2. Justin Bieber

4.2.1.3. Linkin Park

4.2.1.4. Metallica

4.2.1.5. Shakira

4.2.2. Género geral

4.2.2.1. Pop

4.2.2.2. Rock

4.2.2.3. Underfloor